UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1940-1941

N° 8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ACCIDENTS DUS AU DIVERTICULE DE MECKEL

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le lundi 25 Novembre 1940

PAR

Claude-Victor-Mary SARRAZIN

Croix de guerre 1939-40

Né à St-Jean-de-Sauves (Vienne), le 16 septembre 1913.

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*

CHARRIER, professeur .....

BROUSTET, agrégé ..... *Juges.*

POUYANNE, agrégé .....

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1940

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536526_0024

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1940-1941

N° 8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ACCIDENTS DUS AU DIVERTICULE DE MECKEL

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le lundi 25 Novembre 1940

PAR

Claude-Victor-Mary SARRAZIN

Croix de guerre 1939-40

Né à St-Jean-de-Sauves (Vienne), le 16 septembre 1913.

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*

CHARRIER, professeur .....

BROUSTET, agrégé ..... *Juges.*

POUYANNE, agrégé .....

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC.
Assesseur ..... M. LABAT.
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPERIE.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DAMADE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Hygiène	LEURET.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RECHOU.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Chimie	CHELLE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	VITTE.		
Zoologie et parasitologie	N.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique	TEULIERES.		
Physiologie	FABRE.		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale). CHARRIER (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE. MAHON.
Physiologie	FRANCK.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Médecine générale	PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY. FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	AURIAC.
	BROUSTET. DERVILLEE. SARIC. DUBARRY.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	CASTAGNOU.
		Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	LOUBAT. MASSE. DARGET. MAGENDIE. POUYANNE.	Pharmacie	MESNARD. GRANGER.
		Histoire naturelle médicale et parasitologie	R. MANDOUL.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Accouchements	RIVIERE.	Anatomie	J.BEAUVIEUX.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Puériculture	FAUGERE.	Botanique	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Bactériologie	MOUREAU.
Urologie	DARGET.	Physiologie	PETITEAU.
Législat. pharmaceutique	POPLAWSKI.		
Ophtalmologie	CABANNES (en congé).		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma grande affection et de ma profonde reconnaissance.

———

A MA FEMME

Avec tout mon amour.

———

A MA BELLE-MÈRE

A MES ONCLES ET TANTES

— — —

A TOUTE MA FAMILLE

— — —

A MES AMIS

— — —

A MES CAMARADES

— — —

A MES CAMARADES DU 2e BATAILLON DU 107e R. I.

A mon Maitre, le Docteur A. CHAUVENET

ancien interne des hopitaux de Bordeaux
chirurgien de l'hopital de thouars
croix de guerre 1939-40

Qui m'inspira le sujet de cette thèse.

Faible témoignage de ma reconnaissance infinie et de ma profonde admiration.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

— —

A NOS JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur F. PAPIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Meckel, le premier en 1812, a décrit le diverticule qui porte son nom et en a précisé la signification embryologique.

Son rôle relativement important dans la pathologie abdominale ne lui a pas échappé; il a fait la description anatomo-pathologique de quelques lésions dont il pouvait être atteint et il a donné un aperçu des accidents cliniques que ces lésions étaient susceptibles de déterminer.

Postérieurement à Meckel, de nombreux auteurs ont écrit sur cette question à l'occasion de leurs observations personnelles.

A l'étranger, il convient de citer les noms de : Rayer, Kélinack, Turner, Willins, Viohte, Grey, Brunecka, Drummon, Fuchsig, Brume, Brunetti, Diaz, Curd, Fronticelli, Utter, etc.

Parmi les auteurs français, il faut faire une place de premier plan au travail de Bérard et Delore, et, surtout, à l'importante monographie de Forgue et Riche.

Ces travaux ont été plus ou moins complétés ultérieurement par les thèses de Blanc, Nieger, Bienvenue, Gogibus, Beaugeard, Ida Vexler, Desbordes, Périer et de Gautreau, ou par les articles ou communications diverses de Bonnet, Billet, Vilette, Chenut, Breton, Desjacques, Foucault, Hallopean, Petit, Lafitte, Hartglass, etc.

Nous ne saurions reprendre entièrement la question dans ce travail où nous voulons surtout relater une série de cas personnels, dus à l'expérience d'un seul chirurgien, le Docteur Chauvenet, de Thouars, et inédits, d'accidents dus au diverticule de Meckel et à ses lésions.

Notre intention est d'insister surtout sur les cas d'occlusion aiguë qu'il a été donné d'observer au Docteur Chauvenet et nous exposerons les autres cas « pour mémoire » en quelque sorte, et pour conserver son homogénéité à notre statistique.

Cela aura du moins l'avantage de montrer la relative fréquence des accidents occlusifs dans la pathologie Meckelienne.

D'autre part, on verra mieux qu'il est souvent difficile de dissocier entièrement les accidents occlusifs des accidents infectieux ou inflammatoires et ceci n'est pas sans présenter quelque intérêt triple du point de vue clinique, pathogénique et thérapeutique.

Nous ne pensons pas apporter beaucoup de neuf dans l'étude de la pathologie du diverticule de Meckel. Mais, en rappelant la relative fréquence des troubles causés par ce reliquat du canal vitellin et en apportant des faits inédits et soigneusement observés nous ferons cependant, peut-être, œuvre utile.

Chapitre II

On sait qu'à la fin de la sixième semaine de vie fœtale en général, le *canal vitellin* qui réunissait la partie médiane de l'intestin primitif à la vésicule ombilicale, s'atrophie et disparaît complètement.

Cette atrophie commence par la partie distale de la vésicule ombilicale qui perd ses connexions avec l'intestin.

En même temps les vaisseaux omphalo-mésentériques régressent.

Mais dans un certain nombre de cas, évalué à 2 % environ (malgré que ce nombre paraisse exagéré d'après une série d'explorations systématiques faites par le Docteur Chauvenet au cours de plusieurs centaines de laparotomies pratiquées pour des causes diverses), certaines parties du canal vitellin peuvent subsister sous des formes diverses.

Dans les cas les « plus complets », cette persistance peut se faire sous la forme d'un canal intestinal entièrement perméable, allant de la lumière du grêle à la cicatrice ombilicale où il s'ouvre en réalisant une fistule congénitale *entéro-ombilicale,* par laquelle s'écoule tout ou partie du contenu de l'intestin.

Il peut s'agir de *kystes ombilicaux* (à revêtement muqueux intestinal ou gastrique ouverts ou non à l'ombilic) ou de kystes *para-intestinaux* du même type.

Enfin cette persistance peut se faire sous la forme d'une formation diverticulaire en doigt de gant à base intestinale et à extrémité distale aveugle : c'est le diverticule de Meckel.

Son extrémité peut être libre et pendant dans la cavité

abdominale ou bien, dans certains cas, elle peut être rattachée à l'ombilic par un cordon fibreux parfois très mince, mais toujours résistant, et qui est un reliquat des vaisseaux omphalo-mésentériques. La persistance de ce tractus (observation 1) peut constituer un agent d'étranglement interne très agressif pour l'intestin qu'il enserre. Ce cordon peut être aussi plus court, son extrémité distale pendant librement dans la cavité péritonéale ou adhérent, soit à un viscère quelconque, soit au mésentère (observation 3).

Dans certains cas il n'y a pas de diverticule, ou celui-ci est à peine marqué par une légère boursouflure de la paroi de l'intestin et seul subsiste ce cordon cicatriciel.

Observation I

M. Baptiste V..., âgé de 29 ans, malade du docteur Demange, est adressé au docteur Chauvenet le 25 janvier 1928, pour accidents abdominaux aigus datant de plusieurs jours, avec atteinte grave de l'état général.

Ce malade fait depuis plusieurs années une série de crises douloureuses abdominales diffuses avec vomissements et arrêt des gaz.

Il y a un an, il a été opéré d'urgence dans une autre ville avec le diagnostic d'appendicite et on s'est borné à faire une appendicectomie.

On n'a aucun renseignement sur l'état de l'organe extirpé.

Malgré cette intervention, les crises ont repris, durant en général quelques heures et disparaissant après une copieuse émission de gaz et une débâcle intestinale.

La crise actuelle date de six jours.

Mais cette fois elle a persisté, les douleurs sont devenues de plus en plus violentes, les vomissements incessants et c'est un malade très fatigué qui nous est conduit.

L'abdomen est ballonné, peu douloureux à la palpation. La température est à 37°8, le pouls rapide et petit, le teint blafard.

Le diagnostif porté est celui d'occlusion du grêle, peut-être par bride post-opératoire (?).

Opération : le 25 janvier 1928.

Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : docteur Tézé.

Anesthésié à l'éther.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale.

Liquide séro-sanguinolent en abondance dans la cavité abdominale.

Une anse grêle d'une trentaine de centimètres de long est enserrée fortement par un véritable nœud formé par un cordon fibreux de la grosseur d'une plume d'oie, partant d'une ébauche diverticulaire du grêle terminal dont la paroi est à peine *boursouflée* à ce niveau, et allant s'attacher à la face postérieure de la cicatrice ombilicale.

A son point de départ, ce cordon présente un véritable petit méso-vélamenteux.

Au niveau de l'étranglement, l'intestin est marqué d'un sillon très serré et blanc.

Résection intestinale, entéroraphie termino-terminale en trois plans de suture.

Résection complète du cordon fibreux.

Entérostomie à le Witzel au-dessus de l'anastomose. Exitus dans les heures suivantes.

Le diverticule de Meckel peut siéger sur le bord libre de l'intestin ou sur une des faces, souvent au ras du mésentère contre lequel il peut être plaqué et fixé. Cette disposition explique que, parfois, surtout s'il est de toute petite taille, le diverticule puisse passer inaperçu.

En général, la forme du diverticule est en doigt de gant; sur coupe, il est cônique à base intestinale.

Dans certains cas, il a une forme de hache, ou même cylindrique (Forgue).

Son abouchement intestinal est le plus souvent large. Dans certains cas, il existe à ce niveau une véritable valvule muqueuse.

Notons enfin que l'extrémité diverticulaire, à la suite d'accidents infectieux, peut s'aboucher dans d'autres viscères (Popesco, Hadley et Gogswell).

Le Docteur Chauvenet a observé un cas dans lequel le diverticule se jetait dans le sigmoïde (trouvaille opératoire chez une malade atteinte d'un gros kyste de l'ovaire).

Le diverticule de Meckel est *toujours* unique et il siège en général au niveau de la terminaison vraie de l'artère mésentérique supérieure et ses vaisseaux lui sont en général apportés par un petit méso propre en forme de voile ou de raquette, bien différencié dans la plupart des cas (schéma 2).

La longueur du diverticule de Meckel est des plus variables, de 4 à 8 centimètres en général, mais pouvant atteindre 11 à 25 centimètres (cas de Grimault et Capette), et même 106 centimètres, comme dans le cas exceptionnel de Polland, cité dans l'article de Turner et dans la thèse d'Ida Vexler.

Il importe, enfin, pour achever ce rappel succinct des caractéristiques du diverticule de Meckel, de noter que si sa muqueuse est le plus souvent du type intestinal grêle, elle présente souvent des plages hétérotypiques du type gastrique.

Ceci donne l'explication de l'existence de véritables *ulcères peptiques* diverticulaires pouvant donner lieu à des accidents hémorragiques (Mosely, Bierent, Brinne, Borger, Fuss, Gabriel, Guibal, Hallopeau et Oberthur) ou à des perforations (de Marchi, Maes, Brasser, Etchegorry, Fèvre, Patel et Laporte, etc.). On ne peut pas parler de ces perforations sans citer la remarquable observation d'Hartglass portant sur un cas d'ulcus peptique diverticulaire perforé, siégeant sur une plage de tissu muqueux gastrique et sans rappeler aussi la thèse d'Humbert et la revue générale de Sénèque (*Presse médicale*, 18 février 1924).

Mais il convient de noter que l'existence de ces plages de muqueuse gastrique diverticulaires sont loin d'être la règle et qu'on peut affirmer, même en leur absence, la nature Meckelienne de certains diverticules; c'est aussi l'opinion de Cunéo.

Rappelons aussi qu'on a vu des épithéliomas de type gastrique se développer sur les diverticules de Meckel (cas de Gray et Kernohon).

Dans la sous-séreuse diverticulaire, on rencontre souvent des formations lipomateuses qui peuvent dans certains cas former de véritables petites tumeurs. On rencontre souvent aussi à ce niveau des noyaux plus ou moins volumineux de tissu pancréatique.

Observation II

Alfred V..., âgé de 19 ans, est adressé au docteur Chauvenet par le docteur Pierre Labussière, pour appendicite probable.

Ce malade a fait à diverses reprises de petites crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, état subfébrile, nausées, gêne pour l'émission des gaz.

La dernière crise date de huit jours et a eu tous les caractères d'une « colique appendiculaire ».

Langue saburrale; fosse iliaque droite encore sensible.

Le diagnostic est celui d'appendicite.

Opération le 28 avril 1934 sous anesthésie à l'éther.

Incision de Mac Burney.

Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : docteur Colas.

L'appendice est rétro-cæcal et fixé par des adhérences denses.

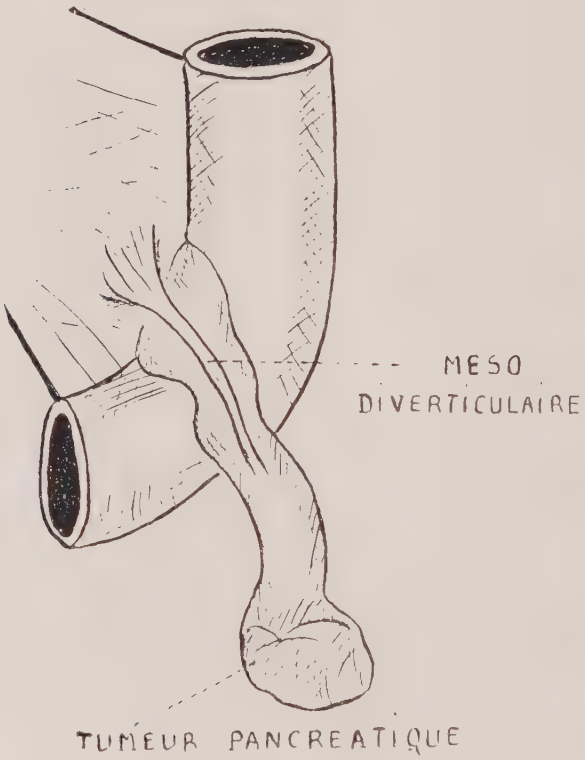
Il est d'aspect inflammatoire.

On l'enlève par voie rétrograde.

L'exploration abdominale (toujours pratiquée dans ces cas d'appendicite légère) montre l'existence d'un gros diverticule de Meckel de 12 centimètres de long, inséré sur le bord mé-

sentérique du grêle, rouge, d'aspect pathologique et portant sur son extrémité distale une tumeur dure et granitée du volume d'une grosse noix (schéma 2).

Ablation du diverticule. Fermeture de la brèche intestinale en trois plans au lin à points séparés.



Fermeture pariétale en trois plans sans drainage.

Suites simples.

Examen histologique. (Docteur A. Bonnard. Pièce 8377.) — Il s'agit d'un pancréas aberrant développé dans la paroi du diverticule de Meckel. Cet organe est caractérisé par la présence d'îlots de Langerhans au sein d'une glande en grappes composées tubulo-acineux.

Le diverticule est caractérisé par sa muqueuse de type gastrique.

Aucun signe de transformation maligne.

Terminons ce chapitre en notant qu'avec le diverticule de Meckel peuvent exister des malformations ombilicales (fistules, bourgeons, hernies congénitales) dont l'observation peut dans certains cas permettre d'orienter le diagnostic (Bonnet).

Chapitre III

LES INVAGINATIONS INTESTINALES

Au fur et à mesure que les cas sont publiés, l'invagination intestinale par diverticule de Meckel apparaît comme étant moins rare qu'on ne le supposait autrefois.

Les deux cas qui suivent ont été observés à une semaine l'un de l'autre chez des malades originaires de la même région du Bocage.

Observation III

Il s'agit de l'enfant P.., âgé de 8 ans, qui est envoyé au docteur Chauvenet, le 7 juillet 1931, par le docteur Miguen, avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

Ce petit malade avait présenté à diverses reprises de petites crises douloureuses abdominales qui n'avaient pas beaucoup attiré l'attention de la famille jusqu'ici.

Il a été pris, il y a douze heures, de signes subits de choc avec *syncope*.

Puis, cet enfant, resté extrêmement pâle, a eu des vomissements bilieux répétés et s'est plaint de souffrir du ventre et de ne pouvoir émettre de gaz par l'anus.

La température est à 36°4, le pouls est filant, incomptable.

Le ventre est souple, légèrement douloureux dans la fosse iliaque droite où l'on sent une masse peu mobile et sensible.

Le diagnostic porté est celui d'invagination iléo-cæcale.

Après réchauffement et toni-cardiaques.

Opération le 7 juillet 1931 sous anesthésie à l'éther.

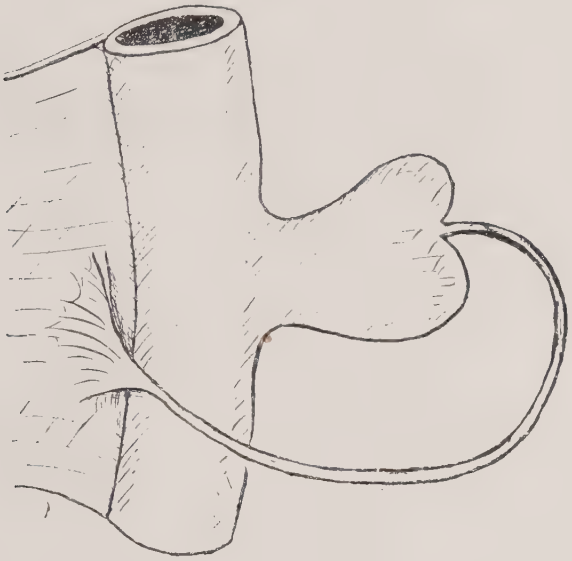
Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : docteur Tézé.

Incision de Jalaguier.

Longue invagination iléo-cæco-colique.

Désinvagination un peu difficile par expression.

Il s'agit d'un diverticule de Meckel invaginé, siégeant à 20 centimètres de l'abouchement iléo-cæcal et dont le fond cupuliforme porte une formation en cordon filiforme longue



de 20 centimètres allant se fixer sur le mésentère (schéma 3).

Exérèse du diverticule : fermeture de la brèche intestinale en trois plans au lin à points séparés.

Fermeture sans drainage.

Les suites immédiates sont un peu troublées au point de

vue intestinal. Mais les choses s'arrangent avec la sérothérapie hypertonique salée intra-veineuse.

Le 14 juillet, point de côté thoracique gauche.

Dyspnée, élévation de la température, battement des ailes du nez, et, le 15 juillet, exitus avec tous les signes d'une bronchite capillaire.

Pas d'examen histologique de la pièce.

Observation IV

Albert T.., âgé de 26 ans, malade du docteur Daudon, est envoyé au docteur Chauvenet, le 14 juillet 1931, avec le diagnostic d'occlusion aiguë.

Ce malade, qui n'avait aucun passé abdominal, a été pris il y a une vingtaine d'heures de violentes douleurs abdominales avec vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Température : 37°4; pouls : 100; ventre souple.

Dans la fosse iliaque droite, on sent une masse mobile arrondie, très douloureuse.

La palpation en est rendue difficile par le météorisme. On porte le diagnostic d'invagination iléo-cæcale et en pensant au cas observé une semaine avant, on songe fortement à une histoire de diverticule de Meckel.

Mais il s'agit là d'un complément diagnostique « d'impression » en se référant à la « loi des séries ».

Opération le 14 juillet 1931.

Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : docteur Tézé. Ether.

Incision de Jalaguier.

Il s'agit bien d'une invagination iléo-cæco-colique remontant jusqu'à l'angle hépatique du côlon.

Désinvagination facile par expression.

Il s'agit, dans ce cas aussi, d'un volumineux diverticule de Meckel qui est le point de départ de l'invagination. Etant donnée la réplétion intestinale, on hésite à réséquer le diverticule en se proposant de faire cette ablation dans un deuxième temps.

Fermeture sans drainage.

Suites simples.

Mais le malade, guéri, ne veut pas être réopéré et depuis on n'a pas eu de ses nouvelles.

En général, les invaginations par diverticule de Meckel s'observent surtout dans le sexe masculin (Gray), rarement avant l'âge de 2 ans, mais semble-t-il surtout, entre 2 et 10 ans.

D'après Forgue, ces invaginations se produiraient à l'occasion de troubles intestinaux divers augmentant le péristaltisme « repas copieux, boissons abondantes, efforts violents ou répétés, expositions au froid, administration intempestive d'un purgatif ».

Il est possible que ces causes interviennent, mais, dans bien des cas, il est difficile de dire ce qui a pu déterminer l'invagination.

Au point de vue clinique, la symptomatologie est celle des invaginations iléo-cæcales aiguës.

Notons trois faits :

1° La fréquence des petits accidents prénominatoires comme dans l'observation 3.

2° La forme syncopale, choquante, observée dans ce cas, mais qui existe aussi dans les invaginations iléo-cæcales « banales ».

3° L'apparition plus tardive de l'hémorragie notée par certains.

Ida Vexler résume assez bien la question clinique en écrivant : « Nous voyons qu'au début le tableau clinique est celui de l'appendicite. Plus tard, on se trouve en présence d'une occlusion intestinale. Lorsqu'on trouve le boudin, ou, dans des cas plus rares, le mœléna, il faut faire le diagnostic de l'invagination.

» Il n'y a rien de spécial qui puisse faire supposer l'origine diverticulaire. »

Le traitement est chirurgical (malgré que dans certains

cas on pourrait obtenir la réduction par lavement opaque sous écran).

Nous verrons plus loin la discussion de la conduite à tenir.

Au point de vue *anatomo-pathologique,* rappelons que l'invagination peut se faire sous deux formes.

1° Le diverticule s'est retourné en doigt de gant et pend librement à l'intérieur de l'iléum, sa muqueuse en contact avec la muqueuse intestinale.

Dans ces cas (six fois dans la série de 33 de Forgue et Riche), l'invagination se traduit par la présence d'un pertuis sur le point d'implantation diverticulaire. Ces faits paraissent très rares; ou mieux, sont probablement rarement opérés à ce stade.

2° L'invagination devient iléo-iléale, iléo-cæcale, puis iléo-cæco-colique. Ce n'est qu'après la réduction du boudin d'invagination que l'on peut constater l'existence du diverticule qui s'est retourné spontanément après réduction du boudin.

Exceptionnellement (Nodelec), on sera conduit à faire une hémi-colectomie dans l'impossibilité où l'on sera de faire la réduction de l'invagination.

Chapitre IV

LES DIVERTICULITES AIGUES

S'il ne possède pas la richesse en éléments lymphoïdes de l'appendice, le diverticule de Meckel n'en présente pas moins une disposition anatomique expliquant ses possibilités d'infection.

Rappelons que, dans certains cas même, il existe une véritable valvule muqueuse augmentant l'hermétisme de ce vase clos. Dans l'observation 6, l'orifice diverticulaire était presque complètement oblitéré.

Le fait est que les diverticulites chroniques ou surtout aiguës ne sont pas des raretés.

Voici d'abord l'exposé de deux observations.

Observation V

Eugène B..., âgé de 63 ans, malade du docteur Bouchet.

Ce malade est envoyé pour accidents douloureux de l'abdomen à caractères aigus et graves.

Depuis trois ans, il se plaint de douleurs vagues et continues dans le ventre avec plusieurs crises plus ou moins violentes d'obstruction.

Depuis 24 heures, douleurs violentes survenues brusquement, arrêt des matières et des gaz, vomissements bilieux abondants.

La température est de 38°, le pouls rapide, le faciès mauvais.

Le maximum des douleurs se trouve dans la région ombilicale.

Le ventre est très légèrement ballonné et il existe une contraction nette de la région sous-ombilicale.

Le diagnostic est celui de diverticulite aiguë probable.

Opération : le 8 décembre 1934.

Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : docteur Tézé.

Anesthésie à l'éther, plus CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dilatation assez importante du grêle. Il existe à 30 centimètres du cæcum, un diverticule Meckelien long de 6 centimètres, enflammé, rouge, présentant une petite plaque d'aspect gangréneux sur son fond, qui est couverte d'une fausse membrane.

Ablation du diverticule. Suture de la brèche intestinale en trois plans au lin par points séparés.

Fermeture pariétale en trois plans sans drainage.

Suites simples.

Examen histologique. (Docteur A. Bonnard. Pièce n° 8858.) — Il s'agit d'un diverticule du type intestin grêle, constitué par un sac musculaire sur lequel repose une muqueuse hérissée de nombreuses villosités.

La charpente conjonctive est chargée en éléments inflammatoires.

Observation VI

M^lle^ D..., malade du docteur Orlowski.

Aucun passé abdominal, prise il y a 24 heures de violentes et soudaines douleurs abdominales avec vomissements, arrêt des gaz.

La température est de 37°5; le pouls rapide.

La fosse iliaque droite est peu sensible et il existe bien à ce niveau une légère contracture. Mais le maximum des douleurs est sous-ombilical.

Le diagnostic hésite entre appendicite et diverticulite.

Opération : le 24 mai 1936.

Anesthésié à l'éther plus CO^2.

Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : docteur Gallot.

Longue incision de Walter.

Liquide séreux en abondance dans la cavité péritonéale. L'appendice, d'aspect sain, est enlevé.

Exploration intestinale montrant qu'il existe un petit diverticule de Meckel à 30 centimètres de l'angle iléo-cæcal, très rouge, enflammé, couvert d'épiploon adhérent.

Résection du diverticule, double enfouissement au lin de la zone d'implantation diverticulaire.

Fermeture pariétale sans drainage.

Suites simples.

Examen histologique. (Docteur L. Bonnard. Pièce 10135.) — Dans les sections perpendiculaires à son axe, cet organe est constitué par un collagène en feuillets concentriques; il est ponctué de quelques éléments inflammatoires, polymorphes, parfois condensés en légers manchons péri-vasculaires. L'irrigation vasculaire est assez riche et quelques vaisseaux sont trombosés.

En aucun point, le diverticule n'est histologiquement caractéristique. On peut attribuer son oblitération à une réaction inflammatoire ancienne en partie éteinte par la production de collagène.

Nous n'insisterons pas sur les causes de diverticulites aiguës.

La présence de colibacilles dans ce doigt de gant où se fait mal le cours des matières, l'action possible des corps étrangers (noyau de cerise (Koerte), arête de poisson (Blanc), cités par Duval) ont sans doute leur rôle.

Il est classique de citer l'observation de Chauffard et Galton, de perforation typhoïdique d'un diverticule de Meckel.

Letulle fait justement remarquer dans son *Traité d'ana-*

tomie pathologique, qu'il s'agissait dans ce cas d'une perforation d'une plaque de Peyer de la paroi diverticulaire.

Il ne s'agissait donc pas «d'une diverticulite eberthienne» proprement dite.

Avec Letulle on peut diviser les diverticulites en folliculaires, folliculaires ulcéreuses, et, enfin, gangréneuses.

La gangrène déterminant souvent la perforation de l'organe. Le Docteur Chauvenet a vu dans le service de son associé, le regretté Docteur Chastaignet, un cas de perforation du diverticule de Meckel gangréné avec péritonite diffuse et a eu l'occasion de suivre longtemps le petit malade qui avait fait des suites opératoires très troublées. Les circonstances actuelles n'ont malheureusement pas permis de retrouver le texte de cette intéressante observation.

Les réactions péritonéales sont la règle : soit sous forme d'une réaction liquidienne séreuse, soit sous forme de péridiverticulite avec formation d'un plastron ou d'un abcès plus ou moins enkysté, soit sous forme de péritonite suppurée diffuse.

Cliniquement, le tableau est en général celui de l'appendicite aiguë sous toutes ces formes et c'est avec ce diagnostic que l'on intervient le plus souvent.

Notons cependant la fréquence de la douleur ombilicale et légèrement sous-ombilicale.

Contrairement à la douleur péri-ombilicale du début de certaines appendicites, cette douleur persiste dans les cas de diverticulite et son existence doit fortement faire penser au diagnostic. Nous pensons que son existence doit faire fortement soupçonner le diagnostic de lésion du diverticule de Meckel.

Notons qu'appendicite et diverticulite peuvent exister (Cumming), comme dans l'observation de Monges, Lucioni et Escanas où la gangrène du diverticule de Meckel existait avec une appendicite suppurée.

Le traitement des diverticulites aiguës est chirurgical et

uniquement chirurgical. Dans la plupart des cas, on réséquera le diverticule enflammé. Exceptionnellement, on sera conduit à faire la résection de l'anse grêle porteuse du diverticule malade.

Le drainage (sous diverses formes) dépendra du caractère de la réaction péritonéale.

Chapitre V

LES OCCLUSIONS D'ORIGINE DIVERTICULAIRE

L'accident le plus fréquemment occasionné par le diverticule de Meckel est l'occlusion intestinale aiguë. (Nous avons volontairement mis à part les cas d'invagination qui ont leurs caractères propres.)

Sur les douze observations que nous apportons ici, il y en a six d'occlusions aiguës ou subaiguës.

Voici ces observations :

Observation VII

M. P... J., âgé de 55 ans, malade du docteur Rollin.

Sans aucun passé abdominal, a été pris, il y a 48 heures, de violentes douleurs abdominales diffuses, mais surtout particulièrement vives au-dessus de l'ombilic.

Arrêt des matières et des gaz; vomissements bilieux abondants.

Au moment de l'examen, ce malade est en très mauvais état. Température : 37°; pouls à 120; ventre ballonné, surtout dans sa partie supérieure. Ce malade n'avait pas voulu écouter le conseil de son médecin, consulté dès le début des accidents, et on a beaucoup de peine à le décider à l'intervention.

Opération : le 8 mai 1929.

Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : docteur Tézé.

Anesthésie au balsoforme.

Incision médiane sous-ombilicale. Liquide séro-sanguinolent en abondance dans la cavité péritonéale.

Le grêle est dilaté et violacé jusqu'à 30 centimètres environ de l'angle iléo-cæcal. A partir de ce point, l'intestin, très

rétréci, est enfoui sous une épaisse nappe de tissus fibreux et vélamenteux, développée autour d'un volumineux diverticule de Meckel enflammé.

L'intestin grêle, dans sa majeure partie, est volvulé d'un demi-tour de droite à gauche, en ayant comme axe de rotation la zone des adhérences.

Détorsion de l'intestin, libération des adhérences et vidange intestinale en abouchant le diverticule à la paroi de la fosse iliaque droite par une petite contre-ouverture.

Fermeture de l'incision médiane en un plan.

Suites relativement simples étant donné l'état général du malade.

Nouvelle intervention le 4 juin 1932, sous anesthésie au balsoforme.

Incision iliaque droite après fermeture en bourse au crin de l'orifice de la fistule intestinale.

Libération du diverticule et du grêle. Section du diverticule à sa base et suture de la brèche intestinale en trois plans (catgut et lin).

Fermeure pariétale sans drainage profond. Drainage sous-cutané.

Guérison *per primam*.

Il n'a pas été pratiqué d'examen histologique du diverticule de Meckel.

Observation VIII

Geneviève D..., 11 ans, malade du docteur Frère.

Envoyée pour syndrome abdominal aigu le 2 novembre 1931.

Le docteur Chauvenet a déjà opéré cette fillette le 28 septembre dernier, pour appendicite suppurée avec perforation et abcès circonscrit (appendicectomie et drainage).

Depuis quatre jours, *sans arrêt des matières et des gaz*, il existe des douleurs abdominales avec vomissements abondants verdâtres et fétides pour lesquels des lavages de l'estomac ont été faits sans résultat. Dilatation de l'étage supérieur de

l'abdomen. Le diagnostic est celui de l'occlusion basse du grêle par bride.

Opération : le 2 novembre 1931, sous anesthésie à l'éther.

Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : docteur Tézé.

Incision médiane sous-ombilicale.

Liquide séreux en abondance dans le ventre. Le grêle est très dilaté jusqu'à 30 centimètres de l'angle iléo-cæcal.

A ce niveau existe un gros diverticule de Meckel, d'aspect inflammatoire et enserrant fortement une anse grêle qu'il recouvre en lui adhérant.

Au-dessous, l'intestin est plat.

Libération du grêle, exérèse du diverticule. Suture de la brèche intestinale en trois plans au lin par points séparés.

Fermeture de la paroi en un plan sans drainage.

Guérison.

Examen histologique. (M^lle^ Dubreuilh.) — La paroi diverticulaire est infiltrée par le processus inflammatoire. Il existe des plages classiques de tissu gastrique.

Observation IX

Henri C..., âgé de 40 ans, malade du docteur Soulard et du docteur Gallois.

Accidents occlusifs datant de cinq jours.

Début brusque : arrêt des matières et des gaz, vomissements bilieux abondants, état général très mauvais.

Température : 36°7; pouls, 130.

Ce malade a été opéré à deux reprises dans une autre ville (février et avril 1931) pour accidents occlusifs.

Opération : le 8 septembre 1932 sous rachi-anesthésie.

Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : Tézé.

Dès l'ouverture du ventre par laparotomie médiane, on voit un volumineux diverticule enserrant l'intestin et adhérant à la face gauche du mésentère. Au-dessus, l'intestin est dilaté, au-dessous il est plat.

Le diverticule siège à quelques centimètres d'une entéro-entérostomie latéro-latérale pratiquée ailleurs.

Libération de l'intestin, résection du diverticule.

Suites simples.

Examen histologique. (M^lle E. Dubreuilh.) — Le diverticule à muqueuse de type intestinal ne présente aucune altération pathologique.

Observation X

M. P..., âgé de 20 ans, malade du docteur Bouré.

Malade opéré par le docteur Chauvenet, le 14 janvier 1934, pour appendicite aiguë avec grosses lésions de péri-appendicite.

Depuis un an, fait, à répétition, de petites crises douloureuses avec gêne pour l'émission des gaz et vomissements.

Pris, il y a quatre jours, de violentes douleurs diffuses avec signes d'occlusion intestinale.

A été soigné par un autre confrère avec le diagnostic de « syndrome abdominal de la vallée du Thouet » (?).

Température : 37; pouls rapide, mauvais faciès, ventre ballonné, surtout dans sa partie supérieure.

Diagnostic : occlusion par bride.

Opération : le 2 mars 1931, sous anesthésie générale à l'éther.

Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : docteur Gallot.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Il s'agit du volvulus d'une longue anse intestinale avec pour base de torsion un segment de grêle situé à 30 centimètres de l'angle iléo-cæcal et portant, sous un macma d'adhérences vélamenteuses, un diverticule de Meckel d'aspect inflammatoire.

Détorsion de l'intestin qui était volvulé d'un tour complet dans le sens des aiguilles d'une montre.

Libération par section des voiles et des brides.

Résection du diverticule. Suture de la brèche intestinale en trois plans de suture au lin par points séparés.

Fermeture pariétale en trois plans sans drainage.

Guérison après des suites très troublées.

Examen histologique. (Docteur A. Bonnard. Pièce 10.843.) — Ce diverticule de Meckel (examiné dans toute sa longueur) se présente avec le seul type intestinal avec ses villosités et ses follicules nombreux. En aucun point, il n'offre le type gastrique. Cet organe est exempt d'altérations notables; seule la muqueuse pourrait être le siège d'une surcharge cellulaire indiquant une réaction.

Observation XI

M. G..., malade du docteur Durand.

A fait à diverses reprises des crises douloureuses abdominales avec état de sub-obstruction.

Crise récente datant de quatre ou cinq jours, particulièrement violente, avec arrêt complet des matières et des gaz.

Etat sub-fébrile, vomissements, contraction de tout l'abdomen. Les douleurs sont diffuses, de caractère assez imprécis, mais peut-êre plus vives dans la région ombilicale.

Ceci nous donne l'éveil sur la possibilité d'accidents dus à un diverticule de Meckel et nous faisons pratiquer un examen radiologique par le docteur Colas.

Cet examen, qui montre un obstacle sur l'iléon, à une petite distance de l'angle iléo-cæcal, n'entraîne pas la conviction.

Opération : le 20 janvier 1938 sous anesthésie à l'éther.

Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : docteur Gallot.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le péritoine pariétal est très rouge et épaissi.

Les anses grêles sont congestionnées et très dilatées, jusqu'à 30 centimètres environ du cæcum. A ce niveau, un gros

diverticule de Meckel couvre et enserre une anse intestinale qu'il aplatit.

Sa pointe adhère au mésentère.

Voiles et tissus inflammatoires autour de l'appendice d'aspect pathologique que l'on enlève.

Libération de l'intestin et résection du diverticule.

Pour faire cette ablation, on écrase la base du diverticule que l'on enlève au thermo comme un appendice.

Enfouissement du petit moignon par une double bourse au lin.

Fermeture pariétale par plans sans drainage.

Suites simples.

Examen histologique. (Docteur Bonnard. Pièce 11.672.) — Cet organe ne présente pas de lésions microscopiques appréciable, soit au niveau de l'épithélial, soit au niveau du conjonctif.

Muqueuse du type intestinal. Absence de plages de type gastrique.

Le malade, revu à diverses reprises, va très bien.

Observation XII

M. F..., 25 ans, malade du docteur Roblin.

Depuis huit jours, souffre du ventre et vomit. Arrêt des matières et des gaz depuis le début des accidents.

Le maximum de la douleur a été d'emblée et est restée depuis, surtout, péri-ombilical.

Température : 37°5; pouls rapide, ventre légèrement ballonné.

On porte fermement le diagnostic pré-opératoire d'occlusion par diverticule de Meckel.

Opérateur : docteur Chauvenet. Aide : docteur Gallot.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Liquide séreux en petite quantité dans le ventre.

Anses grêles très dilatées jusqu'au niveau d'un petit macma inflammatoire siégeant au-dessus d'un petit diverticule de Meckel extrêmement enflammé.

Libération de l'intestin. Résection du diverticule et suture de la brèche intestinale (assez large à cause de la disposition en entonnoir de la base diverticulaire) en trois plans de sutures au lin par points séparés.

Fermeture pariétale en trois plans sans drainage.

Suites simples.

Examen histologique. (Docteur A. Bonnard. Pièce 12.860.) — Ce diverticule est constitué par une muqueuse à type uniquement intestinal, il est exempt de toute altération pathologique, malgré la présence d'un corps étranger siégeant dans le fond du cul-de-sac et qu'il n'a pas été possible d'identifier.

Duval, dans le *Précis de Pathologie chirurgicale des neuf agrégés,* pense que l'on peut classer les occlusions d'origine diverticulaire de la manière suivante :

1° Etranglement par le diverticule ou son cordon, agissant comme bride :

a) étranglement sur la bride;

b) étranglement sous la bride.

2° Les nœuds diverticulaires.

3° Les occlusions par traction sur le diverticule.

4° Les invaginations d'origine diverticulaire.

5° Les volvulus diverticulaires ou entéro-diverticulaires.

En réalité il nous a paru qu'il fallait tout d'abord mettre à part les invaginations qui, encore une fois, ont leurs caractères propres et les volvulus du diverticule seul ou de l'intestin porteur du diverticule.

Le volvulus isolé du diverticule n'agit pas comme agent d'étranglement intestinal à moins qu'il n'entraîne le segment intestinal dans sa rotation.

La rotation diverticulaire entraîne simplement des acci-

dents parériques par réaction péritonéale comme toute autre rotation pathologique d'organe intra-abdominal (appendice, vésicule, etc.). L'observation de Petit (de Niort) est typique de ces cas où, faute d'une terminologie précise, on met dans le « même sac » volvulus, diverticulite et occlusion.

Il nous apparaît, d'autre part, qu'il vaudrait peut-être mieux faire une classification, plus simple mais plus « compréhensive » des faits d'occlusion d'origine diverticulaire.

1° Occlusion par brides et dispositions congénitales.

2° Occlusion due à la disposition et à des brides consécutives à l'inflammation diverticulaire.

Pour ces deux formes d'occlusions, nous ne parlerons pas du mécanisme. Ou il est simple (étranglement interne par exemple au-dessus du point fourni par le diverticule dont l'extrémité distale est fixée au mésentère [observation de Bonnet]), ou bien il est imprécis, et nous ne saurions apporter de lumière dans la discussion théorique de ces faits (occlusion sur bride et volvulus entéritique primitif ou secondaire).

Quoi qu'il en soit, nous ferons un rappel anatomo-pathologique pour les deux types d'accidents occlusifs en montrant pour chacun d'eux la diversité des lésions rencontrées opératoirement; nous ferons ensuite un tableau d'ensemble des signes cliniques et nous terminerons ce travail par une discussion succincte des indications thérapeutiques et la tactique opératoire.

Chapitre VI

LES OCCLUSIONS PAR BRIDES ET DISPOSITIONS CONGENITALES

Le type de l'occlusion par bride congénitale peut être représenté par l'observation I.

Et l'on conçoit très bien que ce « cordon fibreux et résistant véritable « ficelle » flottant dans la cavité péritonéale, puisse enserrer une anse grêle et en provoquer l'étranglement.

Dans le cas cité (observation 1), ce cordon formait un véritable nœud coulant dans lequel s'était glissée une anse grêle dont le pédicule était ainsi extrêmement serré, ce qui avait déterminé une gangrène massive de l'intestin avec un sillon de striction très profond sur sa paroi.

Même lorsque le cordon fibreux résiduel reste flottant dans la cavité péritonéale ou lorsqu'il s'attache par son extrémité distale sur un autre point que sur l'ombilic, sa présence constitue un agent d'étranglement d'une singulière importance. Ainsi dans une observation de Courriades et de Lostalot, l'intestin étranglé dans une anse formée par le diverticule de Meckel, d'une part, et un pédicule fibreux le réunissant au mésentère, d'autre part, était nettement sphacélique, surtout au niveau du collet de strangulation.

L'atrophie et la disparition de tout ou partie du canal vitellin aboutit à un processus cicatriciel et il peut rester à l'extrémité du diverticule une zone plus ou moins large, granuleuse et dépéritonisée, susceptible d'adhérer à un organe quelconque.

Si cette extrémité distale adhère au mésentère, par exemple, en « sangsue », en pont, il se crée là une disposition favorisant l'incarcération et l'étranglement ou le pincement d'une anse ou d'un segment intestinal.

Cette disposition était typique dans l'observation 9 et dans l'observation 11 où une anse intestinale coudée était ainsi aplatie au-dessus du point diverticulaire. De même en était-il dans une observation de Bonnet, qui écrit : « le diverticule fixé, réalise avec la corde mésentérique qu'il tend derrière lui, une bride inextensible sous laquelle l'anse sous-jacente à mésentère plus long vient s'engager et s'étrangler. »

Dans certains cas, l'on a même une véritable boucle, comme dans l'observation de Muller où le diverticule qui avait la forme particulière d'un L, était prolongé par une bandelette fibreuse qui venait s'insérer à la manière d'un méso sur le mésentère de la portion d'intestin où s'attachait le diverticule. Une anse grêle était étranglée dans cette boucle.

Ces dispositions en boucle, en pont, ne sont pas les seules qui existent.

D'autres peuvent se présenter, mais elles sont plus rares. Ainsi, dans une observation de Matyas-Matyas, le sommet du diverticule était adhérent au mésentère et déterminait une coudure de l'intestin sur lequel il s'insérait. Dans un cas de Mayocchi, chez une femme ayant subi antérieurement l'ablation des annexes droites, les anses grêles distendues et de teinte violacée ou noirâtre s'enroulaient en tire-bouchon autour d'un axe fibreux implanté, d'une part au sommet d'un diverticule de Meckel et, d'autre part, au niveau de la cicatrice du ligament large droit.

Dans ce dernier cas, l'origine inflammatoire acquise était nette, mais, dans bien des cas, la classification de l'origine congénitale ou inflammatoire acquise des dispositions diverticulaires, causes de l'occlusion, ne peut être que très théorique et la part de l'hypothèse reste grande.

Mais lorsque l'examen histologique montre l'absence d'inflammation aiguë ou ancienne du diverticule de Meckel (observations 8 et 10), lorsque le processus réactionnel péri-diverticulaire est réduit au minimum, on a de grandes chances d'avoir affaire à une disposition congénitale.

Chapitre VII

OCCLUSIONS PAR BRIDES ET DISPOSITIONS D'ORIGINE INFLAMMATOIRE

Le test qui permet de dire que ces dispositions sont d'origine inflammatoire réside dans les constatations faites histologiquement et dans le caractère des lésions péri-diverticulaires.

Celles-ci peuvent avoir un caractère aigu ou sub-aigu et être représentées par des voiles, des brides fibreuses plus ou moins denses, sous lesquels le diverticule et l'intestin adjacent sont enfouis et dont on les libère difficilement.

Dans ces cas, c'est le macma diverticulaire qui arrive à enserrer l'intestin et qui détermine au bout d'un temps plus ou moins long l'occlusion aiguë.

Bien souvent aussi l'intestin est volvulé d'un quart, d'un demi ou d'un tour complet (observation 7, observation 10) et l'axe de rotation est la zone des adhérences qui détermine ainsi par l'intermédiaire du volvulus une occlusion aiguë.

Cette torsion autour d'un diverticule de Meckel enflammé et entouré d'adhérences n'est pas rare. Mester en apporte cinq cas et, dans chaque cas, le diverticule de Meckel était, ou très enflammé, ou même nécrosé.

Nous ne saurions insister sur la diversité des lésions que l'on peut rencontrer dans ces cas et qui, bien souvent, échappent à toute description possible.

Chapitre VIII

ETUDE DES ACCIDENTS CLINIQUES

Nous ne parlerons pas des occlusions chroniques d'origine diverticulaire dont la série des observations présentées ne comporte aucun cas.

Les occlusions aiguës d'origine diverticulaire donnent le tableau des occlusions aiguës intestinales grêles basses.

Dans certains cas, il existe en plus quelques petits signes qui peuvent faire rarement affirmer, plus souvent soupçonner, l'origine diverticulaire des accidents.

Avec ou sans petites crises prémonitoires, les accidents débutent en général de manière soudaine et violente avec des douleurs, de l'arrêt des matières et des gaz, des vomissements bilieux qui, dans la plupart des cas, étaient extrêmement abondants.

Dans certains cas, après l'aspect dramatique du début, les accidents douloureux s'amendent un peu et ce sont surtout les vomissements persistants qui prédominent dans le tableau clinique.

L'abdomen est en général ballonné uniformément dans sa partie médiane; il est sonore.

Dans quelques cas, il apparaît plus ou moins précocement de la contracture.

La température, le plus souvent, ne dépasse pas 38°, mais le pouls est toujours extrêmement rapide.

Ce tableau serait banal et ne permettrait aucunement de soupçonner l'origine diverticulaire des accidents si l'on ne tenait pas compte :

1° De la fréquence des douleurs sous-ombilicales. Elle

a été mise en relief dans plusieurs des observations citées (obs. 5, obs. s, obs. 7, obs. 11, obs. 12).

Courriades insiste sur l'existence à peu près constante d'un point douloureux, hypogastrique correspondant au diverticule de Meckel volvulé et sphacélique. Costa, dans une étude clinique des occlusions intestinales par diverticule de Meckel, parle de « douleurs localisées à gauche de la région ombilicale sans vomissement ni fièvre ». Le syndrome d'occlusion intestinale n'apparaît que plus tard.

2° De l'interprétation des malformations existantes (Bonnet).

3° De la valeur possible de l'examen radiologique. Quoique Pfahler affirme la possibilité du diagnostic radiologique du diverticule de Meckel, les cas publiés sont rares, ce sont ceux de Pascale (1931), de Dobré (1932), de Clark (1933), et surtout celui de Foucault (1938). Ce petit nombre d'images radiologiques du diverticule de Meckel s'explique par le fait que le repas opaque entre difficilement dans le diverticule, car ce dernier peut être, soit plein de matière, soit fermé par une véritable valvule. Dans l'observation 11, en particulier, on peut voir que la radiologie n'a donné qu'un élément de présomption.

Chapitre IX

TRAITEMENT

Le traitement des accidents d'origine diverticulaire est chirurgical. Rappelons que l'on pourrait réduire une invagination par diverticule de Meckel avec un lavement baryté sous écran, mais que si, dans un tel cas, la preuve pouvait être faite de l'origine de l'invagination, il faudrait sans hésiter conseiller l'ablation à froid du diverticule.

Lorsqu'il s'agit de diverticulites aiguës, l'ablation du diverticule, suivie ou non de drainage suivant l'importance des lésions péritonéales, doit s'inspirer des règles de l'appendicectomie pour appendicite aiguë.

Dans les cas d'occlusion, il importe de souligner que le facteur temps est primordial. La conduite à tenir est plus complexe.

L'obstacle levé, faut-il toujours enlever le diverticule de Meckel ?

S'inspirer des circonstances, de l'état général du malade, du temps écoulé.

Mais si l'on fait une libération simple, il faut secondairement enlever le diverticule de Meckel.

On peut utiliser le diverticule de Meckel pour assurer la vidange intestinale. C'est ce qui a été fait dans l'observation 7 : le diverticule a été abouché à la peau après la libération des adhérences péri-diverticulaires qui enserraient l'intestin. Dans un second temps, l'ablation du diverticule fistulisé a assuré la fermeture de cette artérostomie.

Garrigues (*Société de Chirurgie*, 1927) a eu aussi l'idée d'utiliser le diverticule de Meckel pour vidanger l'intestin.

Mais le diverticule était plein d'une substance gélatineuse et ne communiquait pas avec la lumière du grêle. Par contre, Roux a pu utiliser ce procédé.

Rappelons la diverticulo-entérostomie utilisée par J.-Ch. Bloch : c'est un procédé élégant. Combattu par Lecène, qui rappelle le caractère particulier de la muqueuse du diverticule (plages hétérotypiques gastriques, etc.), il est défendu cependant par Cunéo, disant que ces malformations de la muqueuse sont loin d'être la règle.

Si l'on rencontre un diverticule de Meckel au cours d'une laparotomie pour une cause quelconque, que faire ? Le plus sage serait peut-être de l'enlever, puisqu'il possède un potentiel d'accidents cliniques qui en fait un organe dangereux.

S'inspirer des circonstances, de l'importance de l'opération qui a motivé la laparotomie, de l'aspect du diverticule de Meckel (sain ou pathologique). Mais le plus sage serait certainement de s'abstenir et de *noter la découverte faite au cours de l'intervention et d'en prévenir le malade.*

Au point de vue technique :

Le plus souvent, ablation simple du diverticule de Meckel dont la base est assez large, ce qui crée une brèche intestinale plus ou moins importante que l'on suturera perpendiculairement à l'axe intestinal, pour ne pas faire de réduction du calibre, en deux ou trois plans de sutures *ad libitum.*

Dans certains cas, on peut traiter le diverticule de Meckel comme on traite l'appendice, en écrasant sa base et en enfouissant le moignon sous une ou deux bourses au fil de lin.

Exceptionnellement, on ne pourra faire l'éradication du diverticule de Meckel qu'en enlevant le segment intestinal sur lequel il est implanté.

Les résultats sont en général favorables, à la stricte condition, encore une fois, que l'intervention soit extrêmement précoce. Sinon, la formule est inversée.

CONCLUSIONS

Les accidents dus à la persistance du Diverticule de Meckel ne sont pas exceptionnels et il faut compter sur eux en pratique chirurgicale d'urgence.

Les diverticulites, les invaginations, les ulcères peptiques, et surtout, les occlusions sub-aiguës sont les accidents les plus fréquemment observés.

Ces occlusions peuvent être dues, soit à des brides ou dispositions congénitales, soit à des dispositions acquises consécutives à l'inflammation diverticulaire.

La douleur à siège sous-ombilical peut dans beaucoup de cas permettre d'affirmer ou de soupçonner fortement l'origine diverticulaire des accidents.

La radiologie n'éclaire que rarement le diagnostic.

Le traitement de ces accidents est chirurgical et uniquement chirurgical.

Son efficacité dépend strictement de la précocité de sa mise en œuvre.

L'acte chirurical doit viser à l'ablation du diverticule pathologique mais il saura s'inspirer des circonstances en remettant parfois à un deuxième temps cette ablation.

Dans certains cas, on pourra utiliser le diverticule lui-même pour assurer la vidange intestinale soit en pratiquant une diverticulo-entérostomie, soit en fistulant le D.M. à la peau.

Il vaut mieux ne pas enlever (sauf cas d'espèce) les D.M. rencontrés fortuitement au cours des laparotomies pratiquées pour affections diverses.

Dans ces cas il convient de noter soigneusement la constatation qui a été faite et d'en avertir le malade.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
F. PAPIN

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 11 novembre 1940.
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

Aalkjoer. — « Observation de Diverticule de Meckel, avec muqueuse gastrique (*Hospitalstidende*, Copenhague, an. 46, 16 nov. 1937; et *J. C.*, t. LII, p. 396).

Abt et **Strauss.** — « Diverticule de Meckel cause d'hémorragies intestinales » (*The Journal of the American Medical Asso iation Chicago*, n° 13, 25 sept. 1926).

Aguair. — « Un cas de Diverticule de Meckel combiné avec un ulcère peptique de l'iléon et une appendicite » (*Cesaro Medica*, an. 15, n° 12, févr. 1936; *J. C.*, t. L, p. 117).

Alain, **Conti** et **Astrus.** — « Volumineuse tumeur du Diverticule de Meckel » (*Journal des Praticiens*, an. 44, n° 45, 8 nov. 1930).

Allan Berry. — « Perforation du Diverticule de Meckel » (*The British Journal of Surgery*, vol. XV, n° 58, oct. 1927).

Antonelli. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Semena Medica*, an. 46, n° 17, juill. 1939).

Araujo. — « Diverticule de Meckel » (*Boletin de Secretaria general de Saude et Assistencia de Rio de Janeiro*, an. 1, n° 3, 15 déc. 1935).

— « Diverticule de Meckel » (*Revista Medica Cirurgica de Brazil*, an 43, n° 2, févr. 1935; *J. C.*, t. XLVII, p. 869).

Argaud et **Lestrade.** — « Hétéropie glandulaire aplasique dans un Diverticule de Meckel » (*Toulouse Médical*, an. 36, n° 21, 1er nov. 1935).

Aschner et **Karelitz.** — « Ulcère peptique du Diverticule de Meckel et de l'iléon » (*Annales of Surgery*, vol. XCI, n° 4, avril 1930, 573-582).

Augier. — Thèse de Paris (1887-1888).

Autefage. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 11 déc. 1929).

Bachman et **Noble.** — « Diverticule de Meckel étranglé » (*Annals of Surgery*, vol. CXI, n° 1, janv. 1940).

Bais. — « Sur l'importance du Diverticule de Meckel en pathologie » (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, an. 17, vol. II, n° 17, 27 oct. 1923).

Bani. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel étranglé dans un sac de hernie inguinale oblique externe » (*Il policlinico* (*seziome pratica*), an 34, n° 6, 11 févr. 1929).

Bauer. — « Sarcome de l'ouraque envahissant un Diverticule de Meckel et la vessie » (*Zentralblatt für Chirurgie Leipzig*, an. 64, n° 27, 3 juill. 1937).

Baugeard. — Thèse de Paris, 1913.

Beck. — « Sur le Diverticule de Meckel » (*Zentralblatt für Chirurgien*, t. LX, n° 29, 22 juill. 1933, p. 1715-18).

Berars et **Delore**. — *Revue de Chirurgie*, 1839.

Bettman et **Blum**. — « Occlusion intestinale aiguë causée par obstruction fécale dans un Diverticule de Meckel » (*The Journal of the American Medical Association*, vol. LXXX, n° 4, 27 janv. 1923, p. 230-31).

Bianchi. — « Contribution à l'étude des hernies du Diverticule de Meckel » (*Gazetta degli ospedali e delle cliniche*, an. 48, n° 28 10 juill. 1927, p. 651-56).

Bienvenue. — Thèse de Paris, 1912.

Bierent (rapport **Huet**). — « Hémorragie intestinale par Diverticule de Meckel. Opération deux ans après » (*Académie de Chirurgie*, 10 nov. 1937).

Billet. — « Péritonite généralisée consécutive à la perforation d'un Diverticule de Meckel » (*Journal des Sciences médicales Lille*, an. 44, n° 32, 8 août 1926).

Billet et **Delaunay**. — « Un cas d'occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Journal de Médecine de Lille*, an. 49, 8 mars 1931).

Black et **Packart**. — « Complications chirurgicales dues à la présence d'un tissu trétérotopique dans le Diverticule de Meckel » (*Rocky Moutain Medical Journal*, vol. XXXV, n° 11, nov. 1938).

Blanc. — Thèse de Paris, 1898.

Blanc. — « Diverticulite. Perforation d'un Diverticule de Meckel par arête de poisson » (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 17 mai 1929).

Bobillo Diaz. — « Ulcère du Diverticule de Meckel dans l'enfance » (*La Prenda Medica Argentina*, an. 36; *J. C.*, t. IL, p. 458).

Bodart et **Mathieu**. — « Invagination intestinale aiguë du grand enfant par Diverticule de Meckel » (*Revue Médicale de Nancy*, an. 62, 15 avril 1939).

Bona. — « Orifice du mésentère, cause d'occlusions intestinales associée à un Diverticule de Meckel et à un cæcum mobile » (*Zentralblatt für Chirurgie*, Leipzig, an. 65, n° 3, 15 janv. 1938; et *J. C.*, t. LII, p. 99).

Bonnet. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel adhérent » (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 20 mai 1926).

— « Diverticulite gangréneuse du Diverticule de Meckel avec suppuration dans un sac de hernie; guérison » (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 16 nov. 1932).

Borger. — « Ulcère peptique du Diverticule de Meckel » (*Zentralblatt für Chirurgie*, an. 61, n° 20, 19 mai 1934).

Brasser. — « Ulcère peptique perforant du Diverticule de Meckel » (*Zentralblatt für Chirurgie*, an. 51, n° 44, 1er nov. 1924).

Breccia. — « Ulcère du Diverticule de Meckel » (*Il Policlinico (seziome pratica)*, Rome, an. 43, n° 27, 13 juill. 1936).

Bretecheler et **Lafourcade** (de Sousse). — « Invagination iléale consécutive à l'invagination d'un Diverticule de Meckel; résection, guérison » (*La Tunisie Médicale*, an. 32, n° 1, janv. 1938).

Breton. — « Un Diverticule de Meckel » (*Soc. Anatomique de Paris*, 4 févr. 1926).

Brinne (Berlin Lichenterberg). — « L'ulcère peptique du Diverticule de Meckel » (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LXIII, n° 40, 3 oct. 1936; et *J. C.*, t. XLIX, p. 620).

Brodnax. — « Hernie sciatique; relation d'un cas de hernie du Diverticule de Meckel à travers la grande échancrure sciatique » (*The Journal of the American Medical Association*, vol. LXXXII, n° 6, 9 févr. 1924).

Brohec. — « Diverticule de Meckel et occlusion intestinale » (*Bruxelles Medical*, an. 5, n° 7, 14 déc. 1924).

Brun. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1908.

Brunetti. — « Hernie étranglée du Diverticule de Meckel » (*Giornale Veneto di Scienze Mediche*, Vienne, an. 10, n° 3, mars 1936).

Cabot. — « Diverticule de Meckel » (*New England J. Med.*, 5 mars 1936, t. CCXII).

Calens. — « Cas d'inflammation aiguë du Diverticule de Meckel »

(*Journal des Sciences Médicales de Lille*, t. LII, n° 23, juill. 1934).

Caminiti. — « Occlusion intestinale rétrograde récidivante par Diverticule de Meckel invaginé et inversé » (*Il Policlinico (seziome chirurgica)*, Rome, an. 42, n° 5, 15 mai 1935).

Canavero. — « Sur un cas de Diverticule de Meckel avec signe d'appendicite » (*Bolletino et Memori della Societa Piemontese di Chirurgica*, vol. IV, n° 18, déc. 1934).

Canaverz. — « Un cas de Diverticule de Meckel avec symptôme d'appendicite chronique » (*Bolletino e Memorie delle Societa Piemontese di Chirurgica*, Turin, vol. IV, n° 18, déc. 1934).

Card et **Minpriss**. — « Ulcère peptique et Diverticule de Meckel » (*The Lancet*, Londres, vol. CCXXXIII, n° 5956, 23 oct. 1937).

Carlo. — « Contribution à l'étude de la hernie du Diverticule de Meckel » (*Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, an. 48, n° 43, 23 oct. 1927).

Carril et **Diaz Bobillo**. — « Un cas d'ulcère du Diverticule de Meckel » (*La Pressa Medica Argentina*, an. 21, n° 18, 2 mai 1934).

Cathala, **Martron** et **Gras**. — « Occlusion intestinale fébrile par Diverticule de Meckel » (*Bull. Soc. Pédiatrie de Paris*, t. XXXVII, n° 8, févr. 1939).

Cazals et **Jezequel**. — « Diverticulite aiguë de Meckel » (*Soc. de Médecine militaire française*, 11 mai 1939).

Chalochet. — « Diverticule de Meckel invaginé » (*La Picardie Médicale*, n° 10, an. 11, déc. 1933).

Chechilnitzky. — « Diverticule de Meckel » (*Archives de la Soc. de Cirujanos de Hospital Santiago de Chili*, an. 8, n° 2, mai 1938).

Chenut. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel au cours de l'évolution d'un abcès appendicitaire » (*Soc. de Chirurgie de Bordeaux*, 12 mars 1931).

Chestermann. — « L'hémorragie par le rectum comme signe de la maladie en cas de Diverticule de Meckel » (*The British Journal of Surgery*, Bristol, vol. XXIII, n° 90, oct. 1935).

Chirri. — « Iléus par torsion autour d'un Diverticule de Meckel » (*Wiener klinische Wochenschrift*, an. 47, n° 20, 18 mai 1934).

Chosson. — « Diverticule de Meckel. Opéré en dehors de toute complication » (*Soc. de Chirurgie de Marseille*, 13 mai 1919).

Ciesla. — « Diverticule de Meckel et occlusion intestinale » (*Polski Przeglad Chirurgiczny Varsovie*, t. XIV, n°s 4 et 5, 1935).

Cobb Goldstoro, — « Diverticule de Meckel avec ulcère peptique » (*Annales of Surgery*, vol. CIII, n° 5, mai 1936; *J. C.*, t. XLIX, p. 458).

Coley. — « Tuberculose du Diverticule de Meckel associée à la tuberculose de l'appendice » (*Archives of Surgery*, vol. XXI, n° 4, oct. 1925, p. 519).

Colly et **Fortuine**. — *Ann. Surg. Philadelphia*, 1921.

Contreras. — « Le Diverticule de Meckel » (*El dia Medica Buenos-Aires*, an. 9, n° 14, 5 avril 1937).

Costa. — « Contribution clinique à l'étude des occlusions intestinales par Diverticule de Meckel » (*Gazetta degli Opedali e delle Clinische*, an. 59, n° 15, 10 avril 1938; et *J. C.*, t. LII, p. 703).

Calegari. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Minerva Medica*, Turin, an. 28, n° 17, 29 avril 1937).

Conti. — « Diverticule de Meckel » (*La Clinica*, Bologne, an. 2, n° 4, mai 1936).

Courriades et de Lostalot.— « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Gazette hebd. des Sc. Méd. de Bx*, mars 1936, an. 37, n° 10).

Crile et **Portmann**. — « Sarcome fuso-cellulaire primitif du Diverticule de Meckel » (*Surgery, Gynacology and Obstetrics*, vol. XLI, n° 5, nov. 1925, p. 615).

Croes. — « Volvulus par Diverticule de Meckel » (*Nederland Tijdschrift voor Geneeskunde*, an. 67, t. II, n° 17, 27 oct. 1923, p. 1751).

Croes von Hasselt. — « Ulcère hémorragique du Diverticule de Meckel » (*Nederlandsch. Tijdschrift Geneeskunde*, an. 79, n° 30, 27 juill. 1935 : et *J. C.*, t. XLVIII, p. 423).

Cumming. — « Coexistence d'appendicite et de Diverticule de Meckel » (*The Lancet*, vol. CCXIII, 31 déc. 1927).

Debordes. — « *L'inflammation aiguë du Diverticule de Meckel et son traitement chirurgical* (thèse, Paris, 1929).

Del Campo. — « Invagination de l'intestin par Diverticule de Meckel » (*Archives Uragayos de Medicina. Cirurgie y Especialides Montevidea*, t. II, n° 6, déc. 1937).

Delon. — Thèse de Montpellier, 1938.

Delore. — *Lyon Médical*, 1899.

— *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, 1905.

Delore et **Leriche**. — *Revue de Chirurgie*, 1908.

Delord, **Bentkowski** et **Marron**. — « Occlusion intestinale par inflammation du Diverticule de Meckel » (*Echo Médical des Cévennes*, Nîmes, an. 38, n° 5, mai 1937).

Desjacques. — « Volvulus de l'intestin grêle porteur d'un Diverticule de Meckel. Résection de 1 m. 80 de grêle. Guérison » (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 6 juin 1935).

Dieulafé. — « Torsion d'un Diverticule de Meckel » (*Soc. de Chirurgie de Toulouse*, 30 mai 1930).

Dimitriyevitch. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Arch. backaingues de Med. et Chir.*, an. 1, n° 1, janv.-mars 1939).

Dimitriu. — « Hernie étranglée du Diverticule de Meckel » (*Spitalul*, t. LVII, n° 78, juill.-août 1937; et *J. C.*, t. LI, p. 743).

Donati. — « Etranglement d'une hernie inguinale droite avec Diverticule de Meckel » (*Il Policlinico* (*seziome chirurgica*), Rome, an. 38, n° 9, juin 31).

Donovan. — « Diverticule de Meckel perforé par un corps étranger » (*Annales of Surgery Philadelphia*, vol. XVI, n° 5, nov. 1937).

Doolin. — « Accidents abdominaux aigus dus à la présence du Diverticule de Meckel » (*The Irish Journal of Medical Sciences*, série VI, n° 43, juill. 1929).

Douriez. — *Paris Chirurgical*, 1922.

Drew. — « Perforation du Diverticule de Meckel. Opération, guérison » (*The British Journal of Surgery*, Bristol, vol. XI, n° 41, juill. 1923).

Edington. — *Proc. Roy. Soc. Med. London*, 1920.

Eisberg. — « Inversion d'une tumeur du Diverticule de Meckel dans une double invagination iléo-cæcale » (*The American Journal of Surgery*, vol. V, n° 4, oct. 1928).

Etchegorry. — « Perforation d'un ulcère simple du Diverticule de Meckel. Opération, guérison » (*Annales de la Faculté de Médecine*, Montevideo, t. XI, n° 9, sept. 1926).

Fanti. — « Deux cas d'iléus par Diverticule de Meckel » (*Giornale Medica dell'alta Adige*, Padoue, an. 15, vol. IX, fasc. 3, mars 1937).

Farr et **Pinke** (New-York). — « Diverticule de Meckel » (*Annals of Surgery*, vol. CI, n° 4, avril 1935; et *J. C.*, t. XLVII, p. 132).

Fasano. — « Le Diverticule de Meckel et ses complications » (*Bollettino e Memorie della Societa Piemontesse de Chirurgie*, vol. III, n° 16, 9 déc. 1935).

Fèvre et **Boisdot**. — « Volvulus du Diverticule de Meckel » (*Soc. Anatomique de Paris*, 1er févr. 1934).

Fèvre et **Semelaigne**. — *VIIIe Congrès de Pédiatrie*, Paris, juill. 1934.

Fèvre, **Patel** et **Laporte** (rapport de **Mondor**). — « Ulcère perforés du Diverticule de Meckel » (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 4 juin 1930).

Fikoft. — « Un cas dascariadis ombilical par Diverticule de Meckel à l'ombilic » (*Clinica Bulgaraska*, t. I, n° 6, oct. 1938, p. 384).

Finneay. — « Un cas d'occlusion par Diverticule de Meckel » (*British Journal of Surgery*, vol. XV, n° 58, oct. 1927, p. 329).

Fiolle et **Jaur**. — « Etranglement et sphacèle du grêle par Diverticule de Meckel » (*Soc. de Chirurgie de Marseille*, 5 nov. 1928).

Fischer. — « Diverticule de Meckel avec polype ombilical » (*The Medical Journal of Australia*, an. 11, n° 11, 15 mars 1924).

Foucault. — « Etranglement interne par Diverticule de Meckel » (*Soc. Anatomique de Paris*, juin 1929).

— « Invagination du Diverticule de Meckel » (rapport Guyot) (*Soc. de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 23 avril 1936).

— « Radiographie du Diverticule de Meckel » (*Académie de Chirurgie*, 25 février 1938).

Fontana. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Annals de la Facullad de Medicina*, Montevideo, t. IX, n° 3, mas 24, p. 250)

Forty. — Atrésie de l'intestin avec torsion du Diverticule de Meckel » (*The Lancet*, vol. CCXXXVI, 1er avril 1939).

Forgue et **Riche**. — *Le Diverticule de Meckel*, 1907.

Foss. — « Diverticule de Meckel et occlusion intestinale » (*The Journal of the American Medical Association*, vol. LXXX, n° 2, juill. 1923).

Fronticelli. — « Diverticulite aiguë » (*Il Policlinico* (*seziome pratica*), an. 33, fasc. 26, 28 juin 1926, p. 905).

Fuchsig. — « Inversion de Diverticule de Meckel » (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XXXVI, n° 41, 11 oct. 1923, p. 790).

Fuss. — « Un cas d'ulcus hémorragique du Diverticule de Meckel » (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CXCIX, n° 3, 5 nov. 1926, p. 336).

Gabay. — « Un cas rare d'occlusion intestinale aiguë par Diverticule de Meckel » (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LI, n° 5, 20 déc. 1924, p. 2805).

Gabriel. — « Diverticule de Meckel déterminant une grave hémorragie récidivante de l'intestin » (*Proceeaings of the Royal Society of Medicine* (section de Chirurgie), vol. XXX, n° 6, août 1937).

Gabrielli. — « Etranglement et invagination du Diverticule de Meckel » (*Giornale Venela de Scienze Medicas*, Venise, an. 2, n° 9, sept. 1937).

Gallet et **Foucauld**. — « Invagination intestinale par Diverticule de Meckel » (*L'Actualité médico-chirurgicale* (*Poitiers, Charente, Poitou, Limousin*), an. 7, n° 4, avril 1936).

Gamboa et **Pasman**. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Bolltines y Trabajos de la Societa de Cirurgia de Buenos-Aires*, t. XIX, n° 10 et 11, 3 et 10, juill. 1935; et *J. C.*, t. XLVI, p. 870).

Garnett-Wright. — « Perforation d'un ulcère peptique au niveau d'un Diverticule de Meckel » (*The British Journal of Surgery*, vol. XXVII, juill. 1939; et *J. C.*, t. LV, p. 469).

Garrigues (rapport de **Grégoire**). — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Soc. Nationale de Chirurgie de Paris*, 25 mai 1927).

Gaudier. — *Bull. Soc. de Chirurgie*, 1909.

Gautreau. — *Thèse de Paris*, 1938.

Geisthoel. — « Le Diverticule de Meckel » (*Medizinische klinik*, Berlin, Prague, Vienne, an. 34, n° 2, 14 janv. 1937; et *J. C.*, t. LIII, p. 52).

Georget et **Goumain**. — « Un cas de volvulus du grêle par Diverticule de Meckel » (*Journal de Médecine de Bx et du S.-O.*, an. 114, n° 23, 5 juin 1937).

Gernez. — Thèse de Paris, 1906.

Giardina. — « Sur l'occlusion intestinale aiguë par Diverticule de Meckel et sur les étranglements dans les fissures préformées du mésentère » (*Rassegna internazzionale de Clinica e Terapia*, an. 7, n° 1, janv. 1926, p. 322).

Gibruth. — « Un cas de lésion traumatique du Diverticule de Meckel » (*Edinburgh Medical Journal*, nouvelle série, vol. XXI, n° 4, avril 1924, p. 265).

Godard. — « Invagination iléale consécutive à l'invagination d'un Diverticule de Meckel » (*Annales d'Anatomie pathologique médico-chirurgicale*, t. XIIi, n° 3, mars 1936).

Gogibus. — Thèse de Lille, 1909.

Goodman. — « Diverticule de Meckel, sa fréquence et sa signification au cours des opérations habituelles de l'abdomen » (*Archives of Surgery*, Chicago, vol. XXXVI, n° 1, janv. 1938).

Gray et **Kernohon**. — « Diverticule de Meckel associé à une invagination et à un adéno-carcinome de la muqueuse gastrique ectopique » (*The Journal of the American Medical Association*, Chicago, vol. CVIII, n° 18, mai 1937; et *J. C.*, t. L, p. 451).

Greenblatt, **Fund** et **Chaney**. — « Diverticule de Meckel. Analyse de 18 cas » (*Am. Journal Surgery*, févr. 1926, t. XXXI).

Grennvood. — « Invagination iléo-colique causée par un Diverticule de Meckel et simulant une grossesse extra-utérine » (*The British Medical Journal*, n° 3259, 16 juin 1923).

Grimault et **Capette**. — « Diverticule de Meckel géant » (*Soc. Nationale de Chirurgie de Paris*, 24 oct. 1928).

Gross. — Thèse de Strasbourg, 1912.

Guibal. — « Ulcère peptique du Diverticule de Meckel provoquant des hémorragies intestinales » (*Soc. Nationale de Chirurgie de Paris*, 5 mars 1924).

Guibé. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1919.

— « Le volvulus du sigmoïde » (*Gazette des Hôpitaux*, an. 98, 7 mars et 14 mars 1925).

Haberer (**von**). — « Remarques au sujet des complications particulières du Diverticule de Meckel » (*Deutsche Zeitung für Chirurgie*, t. CCXXV, juill. 1930, p. 131).

Hadley et **Cogawell**. — « Implantation rare du Diverticule de Meckel à la base de l'appendice » (*The Journal of the American Medical Association*, Chicago, vol. CVI, n° 7, févr. 1936; et *J. C.*, t. XLVIII, p. 582).

Hallopeau et **Oberthin**. — « Sur les accidents causés par la persistance du Diverticule de Meckel » (*La Médecine infantile*, an. 30, n° 3, mai 1924, p. 82).

Hallopeau et **Humbert**. — « Péritonite généralisée par perforation d'un ulcère du Diverticule de Meckel présentant les caractères et l'aspect d'un ulcère simple, dit peptique » (*La Médecine infantile*, t. XXX, n° 8, août 1924, p. 229).

Harbin. — « Diverticule de Meckel, procédé de résection (avec 13 cas) » (*Surgery Gynecol. et Obstetrics*, Chicago, vol. XLIII, n° 4, oct. 1926).

— « Diverticule de Meckel » (*Surgery Gynecol. Obstetrics*, Chicago, vol. LI, n° 6, déc. 1930).

Harkins. — « L'invagination intestinale due au Diverticule de Meckel » (*Annals of Surgery*, vol. XCVIII, n° 6, n° 8, 31 août 1933).

Hartglass (rapport de **Lécène**). — « Perforation d'ulcère peptique du Diverticule de Meckel » (*Soc. Nationale de Chirurgie de Paris*, 24 oct. 1928).

Heckes. — « Obstruction aiguë par Diverticule de Meckel avec symptômes d'appendicite » (*The British Medical Journal* n° 3252, 28 avril 1923).

Henrischen. — « Sur un cas de Diverticule de Meckel perforé coïncidant avec une tumeur de l'appendice » (*Presse Médicale* Paris, an. 43, n° 98, 7 déc. 1935).

Hertzler et **Gibson**. — *The American Journal of Medical Sciences Philadelphie et N. Y.*, 1913.

Hervard Baker. — « Diverticule de Meckel donnant lieu à des symptômes aigus » (*The British Journal Medical*, n° 3657, 7 févr. 1931).

Holst. — « Invagination du Diverticule de Meckel avec invagination consécutive à l'intestin grêle » (*Norsk Magasin for Laegevidenskaben*, an. 91, n° 3, mars 1928, p. 279).

Huard (rapport **Mondor**). — « Ulcère peptique du Diverticule de Meckel. Diagnostiqué dès la première hémorragie » (*Soc. Nationale de Chirurgie de Paris*, 10 avril 1935).

Humbert. — « L'ulcère peptique du Diverticule de Meckel » (*Annales d'Anatomie pathologique médico-chirurgicale*, t. I, n° 5, sept. 1924).

— « Hernie funiculaire du Diverticule de Meckel » (*Soc. Anatomique de Paris*, oct.-nov. 1924).

Hunt. — *Boston Medical* et *S. J.*, 1924.

Hunt et **Bonesteel**. — « Diverticule de Meckel avec pancréas aberrant » (*Archives of Surgery*, vol. XXVIII, n° 3, mars 1934).

Jackson. — « Ulcère hémorragique du Diverticule de Meckel » (*Annals of Surgery*, vol. LXXX, n° 2, août 1924).

— « Ulcère du Diverticule de Meckel, cause d'hémorragie intestinale » (*Annals of Surgery*, Philadelphie, vol. LXXXV, 2 févr. 1927).

Jauch. — « Un cas de « sac » intestinal au voisinage d'un Diverticule

de Meckel » (*The British Journal of Surgery*, vol. XIV, n° 56, avril 1927).

Jenkins. — « Obstruction intestinale par Diverticule de Meckel » (*The British Medical Journal*, n° 3670, 9 mai 1931).

Kaspar. — « Sur l'inversion et l'invagination des tumeurs du Diverticule de Meckel » (*Deutsche Zeitchrift für Chirurgie*, t. CLXXXIX, fasc. 4, 6 janv. 1925, p. 371).

— « L'occlusion diverticulaire » (*Archiv. für klin. Chirurg.*, t. CXLI, fasc. 2, 10 juin 1926, p. 215).

Keaft. — « Hernie ombilicale congénitale du Diverticule de Meckel perforé » (*Sweizerische Rundschau für Medizin*, t. XXII, n° 44, 10 nov. 1922).

King. — *Med. Rec.*, New-York, 1921.

Kinggreen. — « Un cas d'occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, an. 53, n° 5, 28 janv. 1927, p. 197).

Kirmisson. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, 1906.

Kirschnager. — « Pathologie et thérapeutique du Diverticule de Meckel » (*Wiener klinische Wochenschrift*, an. 35, n° 49, 7 déc. 1922, p. 955).

Kismann. — « Deux cas d'iléus par Diverticule de Meckel » (*Nederlandsch. Tijdschrift voor Geneeskunde*, Amsterdam, an. 71, t. I, n° 1, 1er janv. 1927, p. 144).

Klark. — « Diverticule de Meckel hémorragique » (*The American Journal of Surgery*, n° 5, vol. XXII, n° 2, nov. 1933).

Kleinschmidt. — « L'ulcère peptique du Diverticule de Meckel » (*Bruns' Beitrage für klinischen Chirurgie*, t. CXXXVIII, n° 4, 1927).

Klemp. — « Sur le Diverticule de Meckel » (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, Leipzig, an. 53, n° 37, 9 sept. 1927).

Klenka. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel. Invagination intestinale sus-jacente » (*Bratilawske Lekarskelisty*, an. XIV, n° 1, janv. 1934).

Klingenhagen. — « Hémorragies du Diverticule de Meckel chez le nourrisson et le jeune enfant » (*Der Chirurgie*, Berlin et Vienne, an. 8, fasc. 15, 15 août 1936; et *J. C.*, t. XLVIII, p. 458).

Kossakowski. — « Appendicite aiguë chez l'enfant avec Diverticule de Meckel » (*Polsky Przeglad chirurgiszny*, Varsovie, t. XIV, n° 6, 1935).

Kothe. — *Deutsche Zeitchrift für Chir.*, 1908.

Kunz. — « Perforation d'un Diverticule de Meckel à la suite de la déglutition d'une aiguille » (*Wiener medizinische Wochenschrift*, an. 76, n° 14, 3 avril 1926).

Laffitte. — « Torsion d'un Diverticule de Meckel » (*Soc. Anatomique de Paris*, 6 mai 1926).

Lambrichts. — « Diverticule de Meckel et complications » (*Soc. belge de Chirurgie*, 28 déc. 1929).

Laporte. — « Occlusion par Diverticule de Meckel » (*Gazette hebd. des Sciences Méd. de Bx*, 27 mai 1934).

Lehmann. — « Iléus par Diverticule de Meckel » (*Hospitaltidende*, Copenhague, t. XVI, n° 3, 15 février 1925).

Lejars. — *Chirurgie d'urgence.*

Lenner. — « Invagination aiguë du grêle chez un enfant provoquée par un Diverticule de Meckel » (*Bruns' Beitrage zur klinischen Chirurgie*, t. CXLIX, fasc. 4, 14 juin 1930).

Leo. — « La dépression ombilicale comme symptôme propre de certaines formes d'iléus par Diverticule de Meckel » (*Archivio Italiano di Chirurgia*, Bologne, vol. XXVIII, fasc. 5, avril 1930).

Leriche et **Cavillon**. — *Semaine Médicale*, 1907.

Ley. — « Invagination intestinale causée par un Diverticule de Meckel inversé » (*The Lancet*, Londres, vol. CCXXXIII, n° 5954, oct. 1937).

Licione. — « Tumeur maligne de Diverticule de Meckel » (*Annals Journal Surgery*, oct. 1936).

Lingvist. — « Perforation d'un Diverticule de Meckel par un corps étranger » (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LIII, n° 28, 10 juill. 1926, p. 1756).

Littler. — « Diverticule de Meckel étranglé dans une hernie crurale » (*The British Medical Journal*, n° 3299, 22 mars 1924).

Livingston. — « Diverticule de Meckel dans une invagination intestinale » (*The British Medical Journal*, n° 3581, 24 août 1929).

Lohr. — *Deutsche Zeitchr. für Chirurg.*, Leipzig, 1924.

Lombardie, **Binet** et **Le Genissel**. — « Invagination iléo-colique à point de départ d'un Diverticule de Meckel » (*Algérie Chirurgicale*, n° 114, juin 1937).

Lorver. — « Invagination due au Diverticule de Meckel » (*Annals of Surgery*, vol. LXXXII, n° 3, sept. 1925).

Macdonald. — « Invagination intestinale due à un polype né d'un Diverticule de Meckel » (*The British Medical Journal*, n° 3506, 17 mars 1928, p. 442).

Mac Essen. — « Un cas de Diverticule de Meckel » (*The Lancet*, vol. CCXII, n° 54440, 26 févr. 1927).

Mac Guire. — « Diverticule de Meckel » (*The British Medical Journal*, Londres, n° 3883, 8 juin 1935).

Machurot. — « Torsion axiale et volvulus du grêle causés par un énorme Diverticule de Meckel » (*Le Scalpel*, Bruxelles, an. 88, n° 38, 21 sept. 1935; et *J. C.*, t. XLVII, p. 1007).

Mackensie. — « Cas rare de Diverticule de Meckel » (*The Lancet*, Londres, vol. 228, n° 3833, 15 juin 1935).

Maes. — « Diverticule de Meckel perforé » (*La Picardie Médicale*, n° 10, an. 11, déc. 1933).

Maffey (Sydney). — « Appendicite perforante associée à une inflammation du Diverticule de Meckel » (*The Medical Journal of Australia*, an. 21, vol. II, n° 7, 18 août 1934; et *J. C.*, p. 121, t. XLVI).

Majocchi. — « Le Diverticule de Meckel dans la pathogénie de l'occlusion intestinale » (*Atti e Memorie della Societa Lombarda di Chirurgica*, Milan, vol. III, n° 18, 6 déc. 1935; et *J. C.*, t. XLVIII, p. 269).

Marchi. — « Ulcère peptique perforé de Diverticule de Meckel » (*Archivio italiano delle Malattie*, Bologne, vol. VI, fasc. 3, juin 1938; et *J. C.*, t. LII, p. 398).

Marna, **Criscuolo** et **Cordoba**. — « A propos d'un cas d'occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Semana Med.*, 28 juill. 1938, t. XLV).

Marquis. — *Société de Chirurgie*, 1913.

Martin du Pan et **Perrot**. — « Les manifestations cliniques du Diverticule de Meckel » (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, Genève et Lausanne, an. 55, n° 10, 25 oct. 1935).

Martin (Henry) et **Roman**. — « Un cas d'invagination par tumeur du Diverticule de Meckel » (*Annales d'Anatomie pathologique*, t. XIII, n° 9, déc. 1936; et *J. C.*, t. L, p. 387).

Massabuau, **Guibal** et **Cabanac**. — « Présence d'un Diverticule de Meckel dans une hernie de la ligne de Spiegel « (*Archives de la Soc. des Sciences médicales de Montpellier et du Languedoc*, an. XIV, n° 7, juill. 1933).

Mathews.— « Diverticule de Meckel. Relation de douze cas dont une tumeur » (*Archives of Surgery*, vol. X, n° 2, mars 1935, p. 720).

Mativet. — *Prat. Méd. Française*, 1925.

Matyas-Matyas. — « Sur un cas inhabituel d'occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LXIV, n° 15, 10 avril 1937 ; et *J. C.*, p. 681, t. L).

Mazzoleri. — « Diverticule de Meckel » (*Atti e Memorie de la Sociéte Lombarde de Chirurgie*, Milan, vol. III, n° 13, 21 juin 1935).

Mégevant et **Dunant.** — « Ulcère peptique du Diverticule de Meckel. Hémorragies intestinales » (*Revue de Chirurgie*, 1922, t. LX, n^{os} 8-9, p. 538).

Meletti. — « Diverticule de Meckel. Occlusion intestinale » (*Il Policlinico (seziome Chirurg.)*, an. 36, n° 4, 15 avril 1928, p. 188).

Mercuse. — « Diverticule de Meckel » (*Medizinische klinik*, an. 22 n° 45, 5 nov. 1926, p. 1721).

Mester (Budapest). — « Le rôle du Diverticule de Meckel dans l'occlusion intestinale » (*Bruns Beitrage zur klinichen Chirurgie*, t. CLXIII, n° 1, janv. 1936 et *J. C.*, t. XLIX, p. 456).

Meyer May. — « Diverticule de Meckel avec ulcère peptique pris dans un sac de hernie inguinale étranglée » (*Bulletin de la Soc. Médico-Chirurgicale de l'Indochine*).

Michel et **Rousseau.** — « Diverticule de Meckel sphacélé » (*Revue Médicale de l'Estomac*, an. 53, n° 22, 15 nov. 1930).

Miles et **Portes.** — *Journal of American Med. Assoc.*, 1905.

Miller. — « Corps étranger du Diverticule de Meckel avec formation d'un kyste pédiculé ayant étranglé l'intestin grêle » (*The British Journal of Surgery*, vol. XIV, n° 56, avril 1927).

Miller et **Wallace** (Boston). — « Le Diverticule de Meckel dans les états abdominaux aigus » (*Annals of Surgery*, vol. XCVIII, n° 4, oct. 1935).

Milroy. — « Invagination intestinale par Diverticule de Meckel » (*British Medical Journal*, 11 mars 1939, p. 504; et *J. C.*, t. LIV, p. 392).

Minne et **Deburghe.** — « Hernie inguinale du Diverticule de Meckel » (*Echo Medical du Nord*, an. 37, 3^{e} série, t. I, n° 20, 20 mai 1934).

Moll. — « Diverticule de Meckel géant » (*The British Journal of Surgery*, vol. XIV, n° 53, juill. 1926).

Monges, Lucioni et **Escarras.** — « Gangrène du Diverticule de

Meckel et appendicite suppurée, occlusion post-opératoire; iléostomie, guérison » (*Soc. de Chirurgie de Marseille*, 11 oct. 1937).

Montinho. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*A Medicina Contoperanca*, Lisbonne, an. 52, n° 45, 11 nov. 1934).

Morisson. — « Les occlusions intestinales par Diverticule de Meckel » (*Soc. de Médecine militaire*, 18 févr. 1926).

Moseley. — « Hémorragie grave provenant d'un Diverticule de Meckel » (*The Lancet*, Londres, vol. CCXXXIV, n° 5782, 23 avril 1938).

Moshoff. — « Les occlusions intestinales dues au Diverticule de Meckel » (*Bulletin de la Soc. Bulgare de Chirurgie*, Sofia, t. II, n° 2, 1935).

Most. — « Inflammation aiguë du Diverticule de Meckel simulant l'appendicite, torsion de l'épiploon » (*Zentralblatt für Chirurgie*, Leipzig, an. 58, n° 31, 1er août 1931).

Muller (rapport de **Duclaux**). — « Un cas de Diverticule de Meckel étranglé dans une hernie ombilicale » (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 4 nov. 1927).

— « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 10 juin 1929).

— « Appendicite avec ectopie du cæcum et Diverticule de Meckel » (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, n° 5, 7 mars 1930).

Mullerer. — « Sur le cas spécial d'occlusion intestinale provoqué par un Diverticule de Meckel de Matyas-Matyas » (*Zentralblatt für Chirurgie*, Leipzig, an. 64, n° 25, 19 juin 1937).

Muydler. — « Hernie inguinale gauche avec Diverticule de Meckel » (*Soc. belge de Chirurgie*, 31 janv. 1925).

Nardov. — « Un cas d'appendicite aiguë avec Diverdicule de Meckel » (*Vestrick Chirurgie imeni Grekova*, Leningrad, t. XLVI, fasc. 126, n° 8, 1936).

Nedelec. — « Invagination iléo-cæco-colique par Diverticule de Meckel chez un adulte. Hémicolectomie droite en un temps, guérison » (*Académie de Chirurgie*, 1er déc. 1937; et *J. C.*, t. LII, p. 239).

Ned-Roy. — « Etranglement de l'intestin grêle par le Diverticule de Meckel dans un sac herniaire » (*Bulletin de la Soc. Bulgare de Chirurgie*, Sofia, t. II, n° 1, 2 mars 1935).

Neff. — « Le Diverticule de Meckel » (*Ergebrisse de Chirurgie und Orthopaedie*, Berlin, vol. XXX, 1937).

Neimann. — « Les complications du Diverticule de Meckel » (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, an. 82, n° 17, 25 avril 1935, t. XLVII; et *J. C.*, p. 1009).

Nevi. — « Deux cas d'occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Bollelino delle Scienze mediche*, an. 100, série 10, vol. VI, nov.-déc. 1928, p. 405).

Nobili. — « Une forme d'occlusion intestinale par Diverticule de Meckel étranglé dans une fissure du mésentère » (*Il Policlinico (seziome pratica)*, Rome, an. 37, n° 5, 3 févr. 1930).

Norbury. — « Diverticule de Meckel enflammé senti par le toucher rectal » (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. XXVII, n° 2, mai 1934).

Nygaard et **Walters**. — « Tumeurs malignes de Diverticule de Meckel. Un cas de leiomyo-sarcome » (*Archives of Surgery*, vol. XXXV, n° 6, déc. 1937; et *J. C.*, t. XXXII, p. 110).

Olive Gama. — « Contribution à l'étude du Diverticule de Meckel » (*Ar. Medica*, Barcelone, an. 6, n° 69, oct. 1930).

Oliveira. — « Diverticule de Meckel et occlusion intestinale » (*Medica Cirurgica Farmacia*, vol. IV, n° 11, avril 1936; et *J. C.*, p. 117).

Oote. — « Invagination intestinale par Diverticule de Meckel » (*Zentralblatt für Chirurgie*, an. 60, n° 40, 7 oct. 1933).

Osipoxhy. — « Deux cas d'iléus par Diverticule de Meckel » (*Vestnik Chir.*, Leningrad, t. XXXVII, n° 105-106-107, 1935).

Page. — « Hémorragie et occlusion intestinale due à un Diverticule de Meckel » (*The Lancet*, Londres, vol. CCXXXIV, n° 5986, 21 mai 1938).

Parrenot. — *Lyon Chirurgical*, 1923.

Pascale. — « Ulcère peptique du Diverticule de Meckel » (*Annali Italiani de Chirurgia*, an. 4, fasc. 10, 30 oct. 1925, p. 965).

Patel. — « Hernie inguinale d'un Diverticule de Meckel » (*Lyon Chirurgical*, t. XXXIV, mars-avril 1937).

Pauchet. — *Clinique*, Paris, 1924.

Peinberton et **Stalker**. — « Diverticule de Meckel » (*Surgery St-Louis*, vol. III, n° 4, avril 1938).

Pellidori. — « Contribution à l'étude de l'étranglement herniaire du Diverticule de Meckel » (*La Riforma Medica*, an. 46, n°, 18 5 mai 1930, p. 682).

Pepi. — « La torsion du Diverticule de Meckel » (*Giornale Veneto du Scienze medische*, an. 5, 1er janvier 1931).

Perier. — Thèse de Paris, 1938.

Perrignon (de Troyes et du Bourget). — « Etranglement d'un Diverticule de Meckel bourré de corps étrangers dans un sac de hernie inguinale congénitale » (*Académie de Chirurgie*, 19 mai 1937).

Persson. — « Diverticule de Meckel perforé par un corps étranger » (*Acta Chirurgica Scandinava*, vol. LXXXII, 26 juin 1939).

Petersen. — « Deux cas d'affections abdominales aiguës causées par le Diverticule de Meckel » (*Norsk Magasin for Laegevidenskaben*, Oslo, an. 89, n° 6, juin 1928).

— « Contribution à l'étude de la valeur pathogénique du Diverticule de Meckel dans quelques états pathologiques » (*Hospitaltidende*, Copenhague, an. 71, n° 20, 24 mai et 7 juin 1928).

Peters. — « Cas de Diverticule de Meckel » (*Zentralblatt für Chir.*, Leipzig, an. 66, n° 37, 16 sept. 1939).

Petit. — « Occlusion intestinale par diverticulite » (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 28 nov. 1928).

Picot. — « Invagination du Diverticule de Meckel » (*Revue Médicale de la Suisse romande*, an. 47, nos 3-4-5, mars 1927).

Poate. — « Volvulus du Diverticule de Meckel » (*The Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, Sydney, t. VII, n° 4; avril 1938).

Poinso. — *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1924.

Popesco, **Urlueni** et **Borden**. — « Communication anormale de deux anses intestinales par un Diverticule de Meckel » (*Revista de Chirurgie*, Bucarest, an. 41, nos 5-6, mai-juin 1936).

Potter. — « Diverticule de Meckel fixé à la racine du mésentère » (*Annals of Surgery*, Philadelphie, vol. CI, n° 4, avril 1935).

Pfahler. — « Radiodiagnostic du Diverticule de Meckel » (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Chicago, vol. LIX, n° 6, 19, 1934; et *J. C.*, t. XLVI, p. 285).

Prevot. — « Le Diverticule de Meckel à la radio » (*Rontgenpraxis*, juin 1936, t. VIII, n° 6).

Price. — « Tumeur carcinoïde d'un Diverticule de Meckel » (*The British Journal of Surgery*, Bristol, vol. XXIII, n° 89, juill. 1935).

Prussia. — « Un cas de perforation d'ulcère du Diverticule de Meckel » (*La Clinica*, an. 5, nos 8-9, sept.-oct. 1939).

Puccinelli. — « Occlusion intestinale et péritonite par Diverticule de Meckel » (*Revista Ospedaliera*, Rome, vol. XVI, n° 3, 15 février 1925).

— « Diverticule de Meckel. Occlusion intestinale » (*Archivio für klinische Chirurgie*, t. XVI, fasc. 3, sept. 1926, p. 366).

Ratnayeke. — « Fistule ombilicale due à un Diverticule de Meckel évident » (*The British Journal of Surgery*, Bristol, vol. XXIV, n° 94, oct. 1936).

Reccius. — « Ulcère peptique de l'iléon coexistant avec un Diverticule de Meckel » (*Zentralblatt für Chirurgie*, Leipzig, an. 55, n° 33, 18 août 1928, p. 2058).

Rehn. — *XXXII*e *Congrès allemand de Chirurgie*, 1904.

Reid. — « Diverticule de Meckel dans une hernie inguinale étranglée » (*The British Medical Journal*, n° 3504, 3 mars 1928).

Rementeria. — « Diverticule de Meckel » (*La Medicina Ibera*, t. XXVIII, vol. I, n° 860, 5 mai 1934).

Riedel. — *Deutsche Med. Woch.*, 1909.

Robyn. — « Un cas de diverticulite de Meckel avec perforation » (*Soc. belge de Chirurgie*, 26 nov. 1926).

Rombach. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Nederlandsch Tijdeschrift voor Geneskunde*, an. 68, vol. II, n° 6, 9 août 1924).

Ronfini. — « Occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Giornale Veneto di Scienze Mediche*, Venise, an. 9, n° 2, févr. 1935).

Roux. — « Occlusion intestinale à répétition, puis aiguë par Diverticule de Meckel » (*Revue Médicale de la Suisse romande*, an. 54, n° 3, 25 mars 1934).

Sacco. — « Diverticule de Meckel et kyste intestinal ayant provoqué une occlusion intestinale chez un adulte » (*La Prensa Medica Argentina*, Buenos-Aires, an. 9, n° 9, 3 août 1922).

Salmon, **Artaud** et **Grandjon**. — « Invagination intestinale aiguë par Diverticule de Meckel » (*Académie de Chirurgie*, 24 nov. 1937).

Salvo et **Cortesi**. — « Invagination du nouveau-né avec le Diverticule de Meckel ulcéré » (*La Tunisie Médicale*, an. 27, n° 10, déc. 1933).

Sambuc. — « Occlusion intestinale mortelle par voile de Lame et Diverticule de Meckel » (*Bulletin de la Soc. médico-chirurgicale de l'Indochine*, t. VI, nos 7-8, juill. août 1928).

Santy. — « Trois observations de Diverticule de Meckel compliqué » (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 18 nov. 1937).

Sapey et **Milhaud**. — *Montpellier Médical*, 1921.

Sapienza. — « Un cas de hernie inguinale congénitale de Diverticule de Meckel; hernie de Littré » (*Rivista Sanitaria*, an. 21, n° 15, 1er août 1933).

Sarria. — « Un cas de Diverticule de Meckel » (*Bruxelles Médical*, an. 2, n° 23, 1er oct. 1922).

Schaetz. — « La présence de muqueuse gastrique dans le Diverticule de Meckel » (*Virechows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, t. CCXLI, 16 mars 1929).

Schnillinger et **Stout** (New-York). — « Diverticule de Meckel » (*Archives of Surgery*, vol. XXVIII, n° 3, mars 1934).

Schockaert. — « Péritonite par gangrène du Diverticule de Meckel étranglé dans le canal crural droit » (*Bruxelles Médical*, an. 8, n° 7, 18 déc. 1927).

Schwartz. — « Diverticule de Meckel et iléus » (*Zentralblatt für Chirurgie*, an. 57, n° 37, 13 sept. 1930).

Sferra. — « Un cas d'occlusion intestinale par péritonite généralisée due à un Diverticule de Meckel » (*Gazetta degli Ospedali e delle Clinische*, Milan, an. 52, n° 26, 28 juin 1931).

Sicard (rapport de **Moure**). — « Diverticule de Meckel dans une hernie ombilicale récidivée » (*Soc. Nationale de Chirurgie de Paris*, 21 mars 1928).

Simon. — « Les diverses maladies du Diverticule de Meckel » (*Archiv für klinische Chirurgie*, Berlin, vol. CCLXXXVII, fasc. 3, 22 déc. 1936; et *J. C.*, p. 118, t. L).

Skubiszewski. — « Occlusion intestinale due au Diverticule de Meckel » (*Polski Przeglad Chirurgiczny*, Varsovie, t. XIV, n° 4 et 5, 1935).

Smital. — « Iléus par étranglement du Diverticule de Meckel » (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CLXXXI, fasc. 1-2, 1923).

Soldeville Rodriguez. — « Occlusion intestinale aiguë par Diverticule de Meckel » (*La Medicina Ibera*, an. 18, t. XXIX, vol .II, 14 juill. 1934).

Souligoux. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1908.

Sourdat. — « Diverticule de Meckel » (*La Picardie Médicale*, Amiens, an. 15, n° 2, févr. 1937).

Sototeroff. — « Un cas de hernie du mésentère du Diverticule de Meckel » (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. L, n° 17, 28 avril 1929, p. 669).

Spirito. — « Kystes du Diverticule de Meckel simulant un kyste d'origine génitale » (*Rassegne internationale di Clinica e Terapia*, n° 21, 15 nov. 1938).

Steindl. — « Pathogénie de l'occlusion intestinale par un Diverticule de Meckel » (*Medizinische*, Berlin, Prague, Vienne, an. 3, 18 janv. 1935).

Stohr. — « Etude clinique de l'étranglement interne par Diverticule de Meckel » (*Bruns Beitrage zur klinischen Chirurgie*, t. CLXI, n° 2, 1927, p. 353).

Stoicnovitch et **Mitrovitch.** — « Fistule congénitale à l'ombilic par Diverticule de Meckel » (*Arch. Balkaniques de Méd. et Chir.*, an. 1, n° 1, janv.-mars 1939).

Stone. — « Muqueuse gastrique aberrante; relation de deux cas; un polype ombilical et Diverticule de Meckel » (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. XXXVII, n° 21, juill. 1923).

Strater. — « Blessure par coups de feu de l'abdomen avec complications d'un Diverticule de Meckel » (*Müncherer medizinische Wochenschrift*, an. 82, n° 2, 5 juill. 1935; et *J. C.*, p. 1009, t. XLVII).

Strohl et **McArthur.** — « Diverticule de Meckel étranglé sous une hernie crurale » (*Archives of Surgery*, vol. XXXVIII, n° 4, avril 1939; et *J. C.*, t. LIV, p. 685).

Struthers. — « Deux cas de Diverticule de Meckel situé entre les feuillets du mésentère » (*Edinburgh Medical Journal*, vol. XXXVII, n° 7, juill. 1930, p. 402).

Stulz et **Voringer.** — « L'ulcère peptique du Diverticule de Meckel chez l'enfant » (*Paris Médical*, an. 15, n° 45, 7 nov. 1925).

Tabot. — « Invagination du Diverticule de Meckel avec invagination secondaire du grêle » (*Lyon Chirurgical*, mars-avril 1938, t. XXXV).

Tavernier et **Pouzet.** — « Ulcère du Diverticule de Meckel diagnostiqué et guéri » (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 6 avril 1933).

— « Prolapsus du Diverticule de Meckel et de l'intestin grêle chez un nouveau-né » (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 4 mai 1933).

Tavernier. — « Diverticule de Meckel avec pancréas accessoire volumineux » (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, juin 1938).

Terbruggen. — « Sur l'étranglement par permanence du canal omphalo-mésentérique (Diverticule de Meckel) » (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LVI, n° 29, 20 juill. 1929, p. 1805).

Thompson. — « Ulcère hémorragique d'un Diverticule de Meckel » (*The Journal of the American Medical Association*, Chicago, n° 12, 18 sept. 1937, vol. CIX).

Tisserand. — « Occlusion du grêle par un peloton d'ascaris. (Le Diverticule de Meckel bourré de vers est extirpé) » (*Soc. de Chirurgie de Paris*, t. LV, p. 722).

Tomasi. — « Occlusion par Diverticule de Meckel » (*Il Policlinico (seziome pratica)*, Rome, an. 42, n° 15, 15 avril 1935).

Travaglioni. — « De la perforation du Diverticule de Meckel » (*Annals Italiani di Chirurgia*, vol. XII, n° 8, 31 août 1933).

Treider. — « Ulcère perforant du Diverticule de Meckel » (*Norsk Magazin for Laegevidenskaben*, an. 95, n° 4, avril 1934, p. 393).

Trémolières, **Zadog Kahn** et **Kivong**. — « Occlusion intestinale aiguë complète par péri-diverticulite de Meckel » (*Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 20 juin 1930).

Trempe. — « Invagination iléo-cæcale secondaire à une invagination du Diverticule de Meckel » (*Bulletin de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Québec*, an. 35, n° 12, déc. 1934).

Trocki. — « Un cas de Diverticule de Meckel » (*Zentralblatt für Chirurgie*, an. 56, n° 34, 24 août 1929).

Utter. — « Les syndromes dus au Diverticule de Meckel d'après 35 cas » (*Finska Lakaresallskapets Handlinger*, vol. LXXXVI, n° 4, avril 1934).

Vergez. — « Diverticule de Meckel découvert au cours d'une appendicectomie » (*Soc. de Chirurgie d'Alger*, 19 nov. 1937).

Vergez, **Dendale** et **Boulard**. — « Nécessité de la recherche du Diverticule de Meckel au cours de l'appendicectomie » (*Soc. de Chirurgie d'Alger*, 27 avril 1938).

Vernengo Hernandez et **Coleagno**. — « L'occlusion intestinale par Diverticule de Meckel » (*Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirurgie de Buenos-Aires*, n° 13, 24 juill. 1935).

Vexler. — Thèse de Paris, 1927.

Vilette. — « Hernie ombilicale congénitale, laparotomie chez un nouveau-né de deux jours, résection du Diverticule de Meckel » (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, an. 44, n° 9, 28 févr. 1926).

Weeder. — « Ulcère peptique perforé du Diverticule de Meckel » (*Annals of Surgery*, vol. C, n° 3, sept. 1934).

Wertheimer. — *Annales de Médecine et Chirurgie infantiles*, 1903.

Wiahnay. — *Loire Médicale*, 1923.

Wickers. — « Invagination du Diverticule de Meckel » (*The Medical Journal of Australia*, Sydney, an. 10, vol. II, n° 1, 7 juill. 1923).

Wienecke. — *Berliner klin. Woch.*, 1921.

Wien Smith. — « Diverticule de Meckel » (*The Medical Journal of Australia*, an. 15, vol. I, n° 4, 25 janv. 1928).

Winkelbauer. — « Sur les affections chirurgicales du Diverticule de Meckel » (*Wiener klinische Woschenschrift*, an. 42, n° 30, 25 juill. 1929, p. 989).

Wolfson et **Haufmann**. — « Inflammation aiguë du Diverticule de Meckel » (*Annals of Surgery*, vol. LXXXIX, n° 4, avril 1929, p. 535).

Wolfsob et **Clermaud**. — « Inflammation du Diverticule de Meckel » (*Annals of Surgery*, vol. XCII, n° 3, sept. 1930, p. 388).

Womack et **Siegert**. — « Aspects chirurgicaux des lésions du Diverticule de Meckel » (*Annals of Surgery*, Philadelphie, vol. ZVIII, n° 2, août 1938).

Wright. — « Perforation d'un ulcère peptique du Diverticule de Meckel » (*The British Journal of Surgery*, vol. XXVI, janv. 1939).

Imprimerie Bière, 18, rue du Peugue, Bordeaux (France). — 1940.